

The background of the cover is a photograph of a traditional Japanese temple, likely the Kinkaku-ji (Golden Pavilion) in Kyoto. The building is a multi-story structure with a dark, curved roof and golden-yellow walls. It is surrounded by lush green pine trees and a pond in the foreground. The sky is blue with some light clouds.

Tema: Spesialistutdanningen

side 7-12

Endoskopi utenfor Ring 3

side 15

Reisebrev fra Japan

side 18

Blinkskuddet og Snublefot

side 25 - 26

Husk Vintermøte 11. - 14. februar 2010

side 27

Livet går videre

også for pasienter med PBC

Å få en alvorlig diagnose som PBC kan føre til at mange pasienter føler de har havnet i en håpløs situasjon. Nettopp derfor er det viktig å formidle at det finnes et behandlingsalternativ som gir håp.

Vet du nok om Ursofalk og effekten den kan ha på PBC-pasienter?

Bestill vår informative pasientbrosjyre på tlf: 66 75 33 00.



c Ursofalk «Dr. Falk» Gallesyrepreparat.

ATC-nr.: A05A A02

T KAPSLER, harde 250 mg: Hver kapsel inneholder Ursodeoksykolsyre 250 mg. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Til oppløsning av symptomatiske, røntgennegative gallestenene mindre enn 15 mm i diameter, i en fungerende galleblære med en åpen ductus cysticus, med eller uten forutgående ekstrakorporal sjokkbolgellitotripsi. Primær bilier cirrhose.

Dosering: Svelges hele med rikelig væske. Oppløsning av gallesten: 10 mg pr. kg kroppsvikt daglig ved sengetid (60 kg 2 kapsler, 70-80 kg 3 kapsler, 90-100 kg 4 kapsler). Hvis gallestenene ikke er blitt mindre etter 12 måneder, bør behandlingen avsluttes. Primær bilier cirrhose: 10 mg pr. kg kroppsvikt (til 60 kg 2 kapsler: 1 morgen og 1 kveld, til 70 kg 3 kapsler: 1 morgen, 1 middag og 1 kveld, til 100 kg 4 kapsler: 1 morgen, 1 middag og 2 kveld). Ingen restriksjon på varighet av behandlingen. Ved kløe fortsetter behandlingen med 1 kapsel daglig som gradvis økes til anbefalt dose.

Kontraindikasjoner: Akutt inflammasjon i galleblære og gallegang. Obstruksjon i galleanalene.

Forsiktighetsregler: I de første tre måneder anbefales måling av ASAT, ALAT og gamma-GT hver 4. uke, senere hver 3. måned. Avhengig av gallestensdiameter, bør peroral kolecytografi i stående og liggende stilling utføres hver 6.-10. måned.

Interaksjoner: Samtidig bruk av kolestyramin, kolestipol eller antacida som inneholder aluminiumhydroksid, binder UDCA i tarmen og reduserer absorpsjonen og effekten.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer mulige reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør bare gis under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går i liten grad over.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forkalkning av gallesten. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Løs avføring. Hud: Kløe.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Diaré. Behandling: Dosereduksjon, ev. seponering.

Egenskaper: Klassifisering: Ursodeoksykolsyre (UDCA) er en hydrofil gallesyre. Virkningsmekanisme: Ved røntgennegative gallestenene øker tilførsel av UDCA løseligheten av kolesterol i gallen og reduserer intestinal absorpsjon av kolesterol. Ved behandling av primær bilier cirrhose synes en økning av UDCA og reduksjon av toksiske og endogene, hovedsakelig lipofile gallesyrer i gallen, å ha størst betydning. Dessuten vil stimulering av gallestømmen føre til raskere omsetning av gallesyrene. Intestinal reabsorpsjon av bl.a. kolsyre og andre gallesyre-metabolitter reduseres. Absorpsjon: 60-80%. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1-3 timer. «First pass»-metabolisme er opptil 60%. Inngår i den enterohepatisk sirkulasjon av gallesyrer. Halveringstid: 3,5-5,8 dager. Metabolisme: I lever. Utskillelse: Via gallen.

Pakninger og priser: Enpac: 100 stk, kr 510,20.

Sist endret: 03.02.2003

MEDA

Leder

Björn I Gustafsson
Gastroenterologisk seksjon
St. Olavs hospital
bjorn.gustafsson@ntnu.no

Kasserer

Arne Christian Mohn
Gastrokir. Avd.
Haugesund sjukehus
T: 0 52 53
M: 91 57 95 49
arne.christian.mohn@helse-fonna.no

Styremedlemmer:

Bjørn Moum
Med. avd., Oslo Universitetssykehus, Aker
T: 22 89 45 02
M: 45 06 52 75
bjmoum@broadpark.no

Jørgen Jahnsen
Med. avd., Oslo Universitetssykehus, Aker
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

Roald Torp
Med. avd., Sykehuset innlandet Hamar
T: 62 53 75 82
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Øystein Hovde
Gastroenterologiskseksjon,
Sykehuset innlandet Gjøvik
T: 61 15 70 02
Oistein.Hovde@sykehuset-innlandet.no

Kristinn Eriksson
Gastrokirurgisk avdeling,
Stavanger universitetssykehus
erkr@sus.no

Redaktør:

Thomas de Lange
Med. avd., Sykehuset Asker og Bærum
T: 67 80 92 04
M: 99 03 07 89
t.d.lange@medisin.uio.no

Redaksjonskomité:

Vemund Paulsen
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Vemund.Paulsen@rikshospitalet.no

Kim Ånonsen
Oslo universitetssykehus, Ullevål
KimVidar.Anonsen@ullevaal.no

Webmaster:

Esben Riise

NGF's hjemmeside:
www.legeforeingen.no/gastro



**Tema:
Spesialist-
utdannelsen**
Side 7



**Reisebrev
fra Japan**
Side 18



**Basalkurs i
gastrointestinal
endoskopi**
Side 28

5 Redaktørens hjørne

5 Leder

Tema: Spesialistutdanningen

7 Innledning

8 Fremtiden for spesialistutdanningen

9 Spesialistutdanningen i fordøyelsessykdommer

10 Endoskopiopplæring

12 "Train-the-trainer" og "Endoscopy skills"

Nytt fra miljøene

15 Endoskopi utenfor Ring 3

16 Nytt gastroenter ved St. Olavs Hospital

17 Pancreas 2000

18 Reisebrev fra Japan

20 Behandling av galleveislidelser

21 Rapport ECCO

23 Leserinnlegg

24 Doktorgrader

25 Blinksqudet

26 Snublefot

Kurs og konferanser

27 Vintermøtet 2010

28 Basalkurs

29 SADE 2010

30 ECCO kurs

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 470 leger som medlemmer. NGF-Nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGF's hjemmeside og formidles til medlemmene pr. e-mail.

1. Annonsepriser:

- Helseide, 4-farge – 10.000,-
- Halvside stående, 4-farge – 6.000,-
- Halvside liggende, 4-farge – 6.000,-
- Kvartside, 4-farge – 4.000,-
- Årsavtale: 20% rabatt på innrykk av 4 helsider pr. år.
- Prisene er eks. mva.

2. Annonseformat:	Bredde	Høyde
1/1 side (satsflate)	190	277 mm
1/1 side (utfallende)	210 (+5) mm	297 (+5) mm
1/2 side (satsflate)	190 mm	138,5 mm
1/2 side (utfallende)	210 (+5) mm	148,5 (+5) mm
Kvartside (satsflate)	91	138 mm

Høyoppløste (300dpi) PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert.

Utgivelsesplan 2009

Nr.	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 4	1/12	19/12

Design, produksjon og annonsesalg:

DRD • DM, Reklame & Design as, www.drd.no
Annonser: Ragnar Madsen: 22 59 90 07 / 92 84 84 02



www.remicade.no



Thomas de Lange
Redaktør

Kjære lesere

Jeg gleder meg stort over å kunne presentere debattinnlegg fra 2 lesere i dette nummeret. Det er oppfriskende og stimulerende både for bladet og redaktøren. Jeg håper det skal være et første skritt til å lansere mer regelmessige diskusjoner om faglige og fagpolitiske emner. "Kom igjen, ta pennen fatt!"

Faste spalter

"Snublefot" skal være et forum for tabber, faderer og komplikasjoner. Vi har alle snublet i en "fortauskant" eller flere i hverdagen, kanskje noen kan lære noe av dine feiltrinn? Send inn ditt bidrag til redaksjonen! I dette nummeret har "Snublefot" et humoristisk tilsnitt. Det er langt fra alltid morsomt å snuble, og ditt bidrag trenger derfor ikke å være

underholdende. Jeg håper vi får mange bidrag til neste nummer.

Tema

Tema i dette nummer er spesialistutdannelsen i fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi. Vi har fått gode innlegg fra den medisinske siden, men dessverre har det vært sparsomt med bidrag fra kirurger. Det gjør nummeret litt amputert. Husk vintermøtet frist for innsendelse av abstrakt er 1/12. Se annonse.

LEDER



Bjørn Gustafsson
Leder NGF

Vellykket gastromøte

Det har vært en spennende vår og sommer med mange utfordringer. Ikke minst kan vi se tilbake på et Nordisk gastromøte i Stavanger med stor tilfredshet. Vi vil rette en stor takk til alle deltakere, sponsorer og spesielt arrangementskomiteen med Tom Glomsaker og Jon Arne Søreide i spissen. Arrangementet ble både faglig og arrangementsmessig en suksess.

Raskere tilbake har fungert

Nye tall fra Norsk pasientregister viser en nedgang i antall sykehusdøgnopphold med 1.2 prosent og en økning i antall dagbehandlinger med 1.7 prosent fra 1. tertial 2008 til 1. tertial 2009. Innen spesialiteten fordøyelsessykdommer var forandringen enn tydeligere med en nedgang i antall døgnopphold med 3 prosent og en økning i antall dagbehandlinger med hele 7.1 prosent. En annen interessant trend er at både antall døgnopphold og dagbehandlinger ved private sykehus, finansiert av det offentlige, økte med 20 prosent i 1. tertial 2009 sammenlignet med samme periode året før. En del av denne veksten skyldes økt aktivitet i Raskere tilbake. Totalt utgjorde antall døgnopphold og dagbehandlinger ved private sykehus henholdsvis 2 og 4 prosent av all aktivitet. Antall dagbehandlinger i Raskere tilbake minsket i det offentlige med 2 prosent men økte med 149 prosent ved private sykehus. I oppslag

i media har det vært hevdet at pengene i ordningen Raskere tilbake har tatt slutt og at tilbudene stoppes. Helsedirektoratet tilbakeviser dette og informerer om at tilbud om behandling hos spesialisthelsetjeneste innen Raskere tilbake ordningen videreføres. Denne ordningen bør være av interesse for oss innen spesialiteten fordøyelsessykdommer der de økonomiske rammene er stramme, ventelistene lange og mange pasienter må gå sykmeldt i lange perioder i vente på utredning.

Store utfordringer for Obama

Jeg er i skrivende stund i USA og følger president Barack Obamas forsøk å reformere helsevesenet med stor interesse. Til tross for at landet har verdens overlegent dyreste helsevesen (16 % av BNP) står 46 millioner amerikanere uten noen form for helseforsikring. Helsereformen er Obamas vanskeligste utfordring så langt og han faller tungt på popularitetsmålingene. Han møter mye motbør både fra opposisjonen og den mektige helseforsikringsindustrien. I debatten forekommer blant annet beskyldninger om at presidenten har en plan for å indoktrinere folket med sosialistisk propaganda, at han prøver å bygge opp en personkult kring seg selv som diktatorer som Kim Jong Il eller Saddam Hussein og at han likt en Hitler er på vei at ta over USA. Tatt dette i betraktning virker problemene vi står innfor i norsk helsevesen ikke så dramatiske.



HUMIRA
adalimumab

©2009 Abbott Norge as • Postboks 1 • 1330 Fornebu • Tlf: 815 59 920 • September 2009

 **Abbott**
A Promise for Life

Spesialistutdanningen

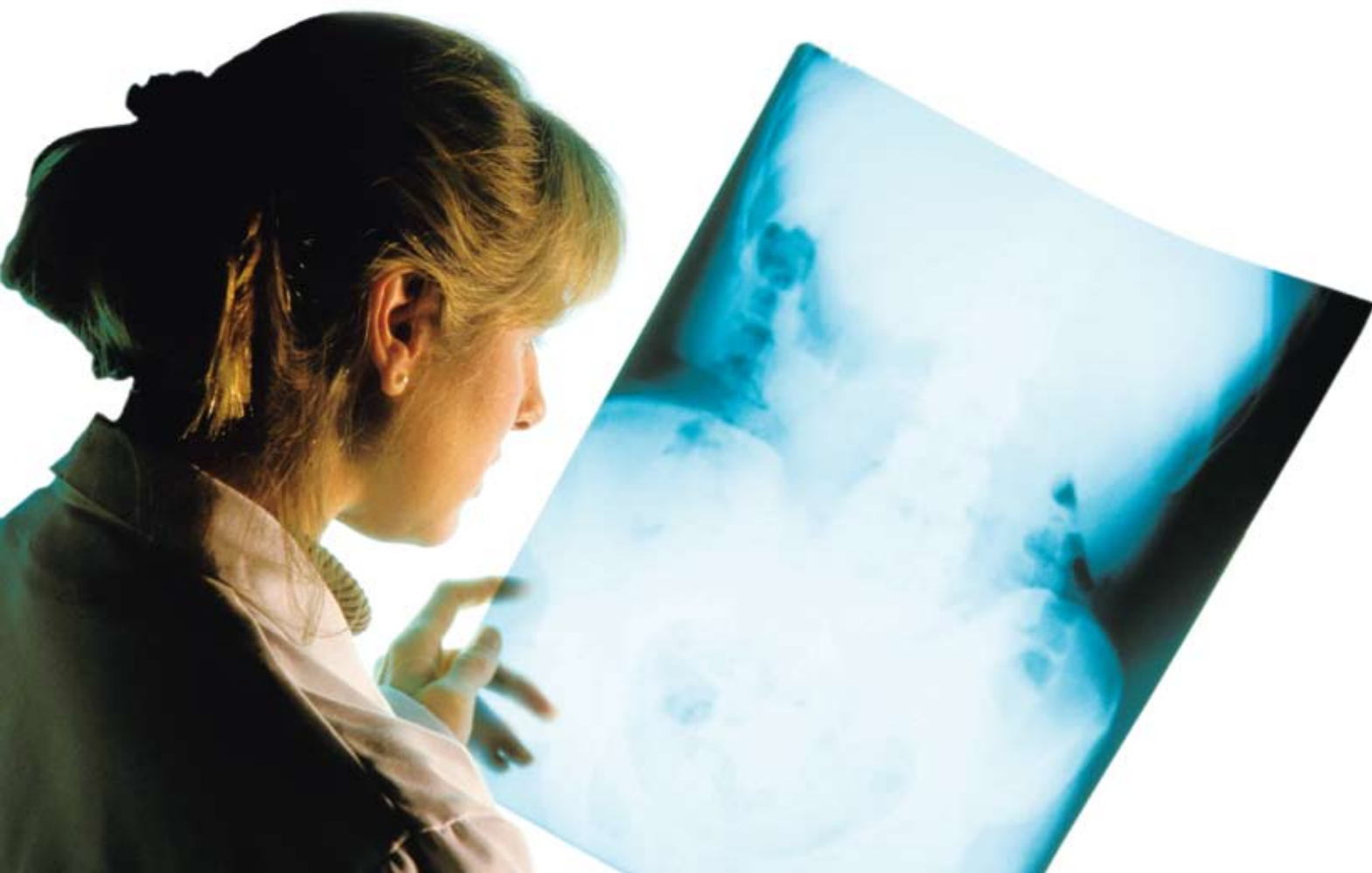
Tekst: Vemund Paulsen

I dette nummeret av NGF-nytt har vi satt fokus på spesialistutdanningen. Spesialisthelsetjenesten er i en stor omveltings-prosess. Sammenslåing av helseforetak med endret funksjonsfordeling pågår i flere deler av landet, og vil utvilsomt få konsekvenser for utdanning av fremtidige spesialister. I denne prosessen er ikke nødvendigvis spesialistutdanningen det viktigste fokus hos beslutningstakerne.

Hvilke avdelinger vil stå igjen med et fullverdig tilbud til gruppe 1 kandidatene dersom man får en mer spesialisert funksjonsfordelingen enn tilfellet er i dag? Vil spesialistkandidatene i fremtiden trenge opphold ved flere gruppe 1 avdelinger for å oppnå tilstrekkelig bredde og kompetanse? Vi registrerer at Stortinget har besluttet å frata legeföreningen myndigheten til å godkjenne spesialister. Hvilke konsekvenser vil dette få?

De siste årene har det vært en tendens til at endoskopiske prosedyrer i større grad utføres av medisinere. Samtidig blir det terapeutiske repertoaret ved endoskopi stadig videre. Er dagens prosedyrekrav adekvate? Det blir spennende å følge utviklingen fremover!

Les artiklene om spesialistutdanningen i dette bladet, og kom gjerne med tilbakemeldinger til redaksjonen!



Fremtiden for spesialiteten i fordøyelsesykdommer

Tekst: Kristine Wiencke, Sykehuset Asker og Bærum HF, leder i Spesialitetskomiteén i fordøyelsesykdommer

Helsevesenet står i dag overfor store utfordringer knyttet til omorganisering, effektivisering, økonomiske innsparinger samtidig som det er en økning i antall eldre i befolkningen. Dette får konsekvenser for spesialistutdanningen.

Dagens utdanning i fordøyelsesykdommer omfatter klinisk tjeneste og opplæring i praktiske ferdigheter og teoretisk utdanning ved en godkjent utdanningsavdeling. Utdannelsesavdelingene er delt i 2 nivåer, gruppe 1 og 2, basert på avdelingenes størrelse, kompetanse og forskningsaktivitet. Krav om gruppe 1-tjeneste i spesialistutdanningen gjelder for alle. Utdanningen skal være en bevisst prosess styrt av avdelingens utdanningsutvalg, veileder og en individuell skriftlig utdanningsplan. Utdanningen baseres i stor grad på mester-svenn-prinsippet.

Spesialistgodkjenning av det offentlige

For å sikre at utdanningskandidaten erverver seg den nødvendige kunnskap godkjennes utdanningen som blir gitt ved den enkelte avdeling basert dels på årlige rapporter fra avdelingene og dels på besøk ved avdelingene. Myndighet til å godkjenne utdanningssted og den enkelte spesialistkandidat har vært delegert fra Helsedirektoratet til Legeforeningen og Spesialitetskomiteén har vært Legeforeningens organ i disse sakene.

I vår har Stortinget besluttet å endre Helsepersonelloven etter forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet slik at Helsedirektoratets anledning til å delegere myndighet for godkjenning av spesialister til private yrkesorganisasjoner bortfaller. Hvordan den nye loven vil påvirke spesialistutdanningen i fremtiden vet vi ennå ikke. Stortinget har bedt Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige utdanning og godkjenning av spesialister. I mellomtiden fortsetter dagens godkjenningsordning som før. Det er klart at overføring av spesialistgodkjenning til det offentlige vil få betydelige økonomiske og administrative konsekvenser. Legeforeningen har uttalt at de er tilfredse med at de har fått gehør for en grundig utredning og at eventuelle endringer skal forelegges Stortinget. Som spesialister må vi være opptatt av at kravene til spesialistutdanningen ikke senkes som følge av omorganisering eller økonomiske innsparinger.

Ny struktur skaper usikkerhet

Det skjer for tiden store endringer i sykehusstrukturen med sammenslåing av helseforetak og funksjonsfordeling. Det kan synes som om utdanning av legespesialister ikke alltid er en prioritert oppgave i mange

av de pågående prosessene, og omorganiseringen er ikke uproblematisk sett fra et utdanningsperspektiv. Funksjonsfordeling kan føre til problemer med å dekke alle deler av faget på en eller to avdelinger, som nå, og medføre at utdanningskandidaten må bytte arbeidssted enda flere ganger enn i dag. Ved siden av de åpenbare sosiale konsekvensene, vil det også kunne føre til at spesialiseringen tar lengre tid. Dette koster penger og da er det fort gjort at de faglige kravene heller senkes. Dette må vi kjempe mot. Vi vil ikke ha et system som utdanner a- og b-spesialister!

Det er også et problem at avdelinger som fysisk ligger langt unna hverandre, slås sammen. Det er ikke alltid det foreligger samme kompetanse på begge/alle stedene og tjeneste på ett sted (en del av avdelingen) er ikke nødvendigvis likeverdig med tjeneste et annet sted, selv om man er ansatt på samme avdeling. Det kan bli vanskelig å godkjenne tjenesten på avdelingen som f.eks. gruppe 1 hvis ikke begge/alle stedene fyller kravene til gruppe 1-avdeling, f.eks. i hht. pasientgrunnlag, avanserte prosedyrer og forskning. Det er derfor usikkerhet omkring spesialistutdanningen i fremtiden, både med hensyn til organisering og den formelle godkjenningsprosessen. Det er viktig at vi som spesialister hele tiden har kvalitet som det viktigste fokus i disse prosessene.

Behov for flere spesialister

Det er per i dag ca 200 godkjente spesialister i fordøyelsesykdommer (< 10 % kvinner). De aller fleste arbeider på sykehus. De siste 10 årene har det i gjennomsnitt vært godkjent 9 spesialister pr år og 2.5 har vært konvertert fra andre land, i hovedsak Norden, men øvrige land i EU er representert i økende grad. Spesialitetskomiteén i fordøyelsesykdommer gikk i 2005 gjennom behovet for spesialister i fordøyelsesykdommer i fremtiden. Det var den gang en liten negativ balanse mellom avgang og nyutdanning, men det kan se ut som antallet nye spesialister er økende. Dette skyldes i hovedsak konvertering av spesialister fra utlandet. Konvertering av utdanning og tjenestetid fra EU-land er automatisk, imidlertid kan det være vanskelig å vurdere utdanningens innhold fra land utenfor EU. Dette har vært en utfordring for spesialitetskomiteén og vil også bli det for de godkjennende myndigheter i fremtiden. Behovet for flere spesialister vil kunne legge

press på å godkjenne spesialister fra utlandet uten de samme kvalitetskriterier vi har i Norge.

Behovet for spesialister i fremtiden er også avhengig av utviklingen innen helsevesenet. Regjeringens planlagte satsing på kommunehelsetjenesten og den nye samhandlingsreformen gir neppe grunn for å tro at behovet for spesialisthelsetjenester blir mindre. Erfaringer tilsier at bedre tilbud i primærhelsetjenesten fører til økning i behovet for spesialisttjenester. I tillegg vil den økte andelen eldre i befolkningen føre til økt behov for alle typer helsetjenester – også spesialister i fordøyelsesykdommer.

Flere utdanningsplasser

Teknologisk utvikling gjør at vi stadig kan gjøre mer gjennom skopene våre. Vi kan gi pasientene et utvidet behandlingstilbud, og vi ser allerede en dreining fra operative inngrep til endoskopiske prosedyrer. En slik utvikling vil kreve et økt antall spesialister og også økt behov for spesialkompetanse. Det er derfor sannsynlig at vi må øke antall utdanningsplasser for å dekke behovet for spesialister i fordøyelsesykdommer i fremtiden. Rekruttering til faget er derfor viktig.

Det store presset på heletjenester og kravet om innsparinger og effektivisering gir økt press på utdanningen av spesialister. Det er raskt å nedprioritere utdanning i en travelt hverdag og fristende for sykehusadministrasjonen å kutte kostnader til utdanning i en presset økonomisk situasjon. Det er viktig at hver og en av oss jobber for å opprettholde kravene til tid og kvalitet i utdanningen. ■



Kristine Wiencke

Spesialistutdanningen i fordøyelsessykdommer

Tekst: Øyvind Holme, Seksjon for fordøyelsessykdommer, Sørlandet sykehus HF Kristiansand

Hvordan ser spesialistutdanningen ut fra en assistentleges perspektiv?

I Norge finnes 260 spesialister i gastroenterologi. Det er antatt et stort underskudd på gastroenterologer i fremtiden. De siste fem årene har norske sykehus utdannet i gjennomsnitt syv spesialister i året. Artikkelen tar for seg den norske spesialistutdanningen fra en utdanningskandidats perspektiv.

Sykehustjenesten

I tillegg til spesialistgodkjenning i generell indremedisin kreves minst 11/2 års tjeneste ved gastro-medisinsk undersøkelsesavdeling, til sammen 3 år. To av disse årene kan inkluderes i spesialistutdanningen i generell indremedisin. Minst halvannet år må avtjenes ved godkjent gruppe I-institusjon. I tillegg til universitetssykehusene er Sykehuset Østfold Fredrikstad og Sykehuset Telemark Skien godkjente gruppe I-institusjoner i fordøyelsessykdommer.

Valg av gruppe I-sykehus er nok for den enkelte spesialistkandidat hovedsakelig geografisk bestemt. Tjenesten kommer som regel til sist i spesialistutdanningen, og de fleste vil ha stiftet familie. Likevel kan gruppe I-institusjonens faglige profil ha en viss avgjørelse for valget. På Rikshospitalet får man for eksempel et godt innblikk i leversykdommer, levertransplantasjon og avansert endoskopi. Haukeland universitetssykehus er kompetansesenter i Norge for gastroenterologisk ultralyd, mens man på Aker universitetssykehus har stor kompetanse innenfor inflammatorisk tarmsykdom.

Kurskrav til spesialiteten fordøyelsessykdommer

Til spesialistutdanningen hører 125 kurstimer, hvorav 100 er obligatoriske fordelt på 5 kurs i øsofagus/ventrikel/duodenum, galle/pancreas, lever, tarmsykdommer og ultralyddiagnostikk. Man må være oppmerksom på at flere av disse kursene bare arrangeres hvert 2. år. De to førstnevnte kursene arrangeres som regel på samme sted og i løpet av samme uke slik at de kan tas samtidig. Jeg tror det er nyttig å ta de fleste kursene så tidlig som mulig i spesialistutdanningen, mens min personlige mening er at det er en fordel med noe erfaring innen ultralydbruk før man deltar på dette kurset.

25 kurstimer er valgfrie, og interesse må styre bruk av disse timene. Dette er ikke mange timer og vil som regel dekkes av ett eller to valgfrie kurs. Mange i startfasen av sin skopikarriere vil nok ha nytte av

innføringskurset i basal endoskopi som arrangeres på Ullevål hver høst. På Haukeland arrangeres kurs i endoskopisk ultralyd og er nyttig ikke bare for de som skal drive med denne type undersøkelser. Man bør være oppmerksom på at også internasjonale gastrokurs kan søkes godkjent. Fortrinnsvis bør man søke Spesialistkomiteen om godkjenning på forhånd, men dette er ingen absolutt forutsetning.

Prosedyrekrav

Prosedyrelisten som er tilgjengelig på legeforeningens nettsider angir antall prosedyrer man skal ha gjennomført som utdanningskandidat. 500 gastroskopier og 100 koloskopier er et minimumskrav. ERCP, pH-/manometrimåling i øsofagus og ultralyd er prosedyrer man bare skal ha kunnskap om og ikke ha gjennomført selvstendig. Attestert prosedyreliste fra både gruppe I og gruppe II-sykehus, samt en summert prosedyreliste for all tjeneste, skal vedlegges spesialistsøknaden. Ballongassistert endoskopi, kapselendoskopi og EUS inngår verken i prosedyreliste eller målbeskrivelse.

Gruppe I-tjenesten oppleves nok veldig forskjellig for den enkelte spesialistkandidat, for noen som et nødvendig onde. For de som ikke bor i umiddelbar nærhet til tjenestestedet kan denne delen av utdannelsen være en sosial belastning. De fleste utdanningskandidater har familie, mange har små barn, og spørsmålet om flytting av hele familien eller pendling er en vanskelig avgjørelse. En generell anbefaling er ikke mulig å gi. Undertegnede var ukependler og opplevde dette stort sett uproblematisk (også for hun som satt igjen hjemme med barna). For andre vil en slik løsning være utenkelig. For de som pendler vil det være god hjelp i en fleksibel arbeidsgiver med blant annet mulighet til å fordele de såkalte "avspaseringsuker" utover som enkeltdager slik at man kan få til flere langhelger.

Hensikten med gruppe I-tjenesten bør være å få en noe annen tjeneste enn man har hatt tidligere i karrieren. Dels skal man løfte det man allerede kan opp på et høyere nivå, og dels skal man tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter. Det er derfor viktig at utdanningskandidaten ikke bare blir satt til "rutineoppgaver" som øvre- og nedre endoskopi på gastrolab, men at det er satt av tid til opplæring i mer avanserte prosedyrer som ERCP, ballongenteroskopi og EUS. Sist, men ikke minst, bør det stimuleres til forskning. Dessverre oppleves nok som oftest tjenesten på gruppe I-sykehusene for hektisk til at dette er mulig. Press på stadig økende produksjon er stort både her og på lokalsykehusene. Jeg synes det bør være en prioritert oppgave å introdusere de utdanningskandidatene som er interessert i det, for forskningsaktivitet.

Simulatortrening først?

Basal endoskopi bør læres så tidlig som mulig i spesialistutdannelsen. På Ullevål arrangeres det énkvelds simulatorkurs som vil være nyttig erfaring for man gir seg i kast med pasienter. Kurset holdes for 2 deltagere om gangen, er gratis, og reise og opphold dekkes av Abbott. Det er et begrenset antall plasser pr år. Kontaktperson er Truls Hauge på Ullevål for de som er interessert.

Det vil være en fordel nærmest å være ferdig med minimumskravet i prosedyrelisten, 100 koloskopier og 500 gastroskopier, før man søker seg til gruppe I-tjeneste. På denne måten vil tiden på disse sykehusene kunne nyttes langt bedre til læring på et høyere nivå og for eksempel vil man også kunne delta i endoskopisk vaktberedskap. At man har gjort unna det meste av utdannelsen i generell indremedisin vil også være fordelaktig. ■



Øyvind Holme

Endoskopiopplæring

Tekst: Thomas de Lange, Lars Aabakken, Truls Hauge og Ragnhild Størksson

Gastrointestinale endoskoper har vært utført i Norge de siste førti årene. Det utføres et økende antall endoskoper årlig. I 2004 ble det utført anslagsvis ca. 80.000 gastroskoper og 45.000 koloskopier (Hoff G, NGF-nytt nr. 2, 2004). Andelen terapeutiske prosedyrer er økende.

Det er åpenbart at endoskoper og tilhørende inngrep kan gjennomføres med mer eller mindre finesse. Graden av eleganse er ikke et spørsmål om stilkarakter, men et spørsmål om oversikt under selve undersøkelsen, kontroll ved terapeutiske inngrep og hvilke ubehag man påfører pasienten. Dette vil i sin tur kunne påvirke behandlingsresultatet og komplikasjoner. Avanserte mini-invasive teknikker, ofte beheftet med større og alvorligere komplikasjonsrisiko, er et område der dette er særlig viktig. På bakgrunn av dette har man gjennom årenes løp sett et økende behov for god opplæring.

Krav til endoskopiopplæring

De formelle krav til opplæring i endoskopi til spesialitetene fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi innebærer i hovedsak at et minimumsantall gastroskoper og koloskopier er utført (Tabell 1 og 2).

Fordøyelsessykdommer

Ingen kurskrav.

Prosedyrer som skal beherskes	Minimumskrav
Minimumskrav	
Øvre endoskopi	500
Kolonoskopi	100
Rektoskop/sigmoidoskopi	30
Polypektomi	10
Injeksjonsbehandling	10
Ballongdilatasjon	5

Gastroenterologisk kirurgi

Kurskrav SADE kurset.

Endoskoper	Minimumskrav
Gastroskopi	100
Kolonoskopi	50
Terapeutisk endoskopi (Papillotomi, polypektomi, sklerosering av varicer, elektrokoagulering, laserbehandling, øsofagusblokkering etc.)	25

Trening av ferdigheter

Endoskopiopplæring skiller seg vesentlig fra teoretisk undervisning idet opplæringen i disse praktiske prosedyrene vil skje via et mester-svenn-prinsipp. Dette vil gi store rom for individuelle forskjeller som vil kunne påvirke kvalitetene i mye større grad enn ved teoretisk opplæring. Det setter store krav til mesters ferdigheter, bevissthet til egne ferdigheter og kommunikasjon med svennen.

Organisering av opplæring

Endoskopiutdannelsen må organiseres slik at alle utøvere får gode ferdigheter og kunnskaper om endoskopi. Det er tvilsomt om dagens krav, som kun er kvantitative, tilfredstiller disse kravene. Imidlertid har mange kollegaer et meget bevist forhold til denne problemstillingen og har derfor organisert endoskopiopplæring i mange år.

Endoskopiopplæring i Norge

Basalkurset i endoskopi har vært arrangert årlig de siste 7 årene. Kurset er beregnet på nybegynnere. Det er delt inn i en teoretisk og en praktisk del. Den teoretiske delen fokuserer på gjennomføring av undersøkelsen, tolkning av funn og teknisk informasjon om endoskopi og tilhørende utstyr. Den praktiske delen utføres på simulator – noe man har god erfaring med.

SADE-kurset kombinerer praktisk og teoretisk opplæring og har vært arrangert i over 20 år. Kurset har vært et viktig bidrag til utviklingen av endoskopiske ferdigheter i Skandinavia. Kurset er obligatorisk i gastroenterologisk kirurgi og valgfritt til spesialiteten fordøyelsessykdommer. Man har de siste årene merket en tendens til at erfaringen og ferdighetene til de kirurgiske kandidatene har vært mindre, hvilket er i samsvar med at gastrolabene i større grad drives av gastroenterologer. Denne utviklingen kan vise seg uheldig på sikt.

Workshops med bruk av simulatorer og modeller med trening både på basale og mer avanserte prosedyrer har blitt arrangert slik at opplæringen skal kunne gjennomføres uten fare og ubehag for pasienten. Det vanligste er datasimulatorer, organmodeller eller levende dyr. Dette gir gode muligheter til interaktiv kommunikasjon med opphold i prosedyren der man kan reflektere over prosedyren. Denne typen opplæring er et viktig bidrag for å øke bevisstheten både om egen teknikk og fallgruver ved den enkelte prosedyre. Slike workshops har blitt arrangert både på Rikshospitalet, Ullevål og St. Olav og tildels på en del lokalsykehus.

Endoskopiopplæring i et europeisk perspektiv

Kvalitetssikring av endoskopiopplæringen diskuteres generelt i Europa. I England har man utmerket seg med etablering av til sammen 13 godkjente trenings-sentra. JAG (Joint Advisory Group On Gastrointestinal Endoscopy, www.thejag.org.uk) har siden 1999 utarbeidet et strukturert opplæringsprogram. Programmet revideres hvert annet år. Det inneholder konkrete anvisninger om hva den enkelte skal kunne, hvordan opplæringen skal foregå, hvilke institusjoner som er godkjente og hvordan kandidatene skal evalueres kontinuerlig. Eksempelvis finnes det en loggbok der de enkelte prosedyrene føres opp sammen med en vurdering av hvor vellykket de er utført.

En slik modell kan være ønskelig i Norge, men har mange praktiske utfordringer, både når det gjelder lokalisasjon, kapasitet og finansiering.

Det stilles stadig høyere krav til kvalitet og effektivitet i helsevesenet. Dette kan i stor grad påvirke utdannelsen på det enkelte sykehus. Utfordringen blir å få en økende bevissthet om at god opplæring krever mye ressurser, men at det i den andre enden gir økt effektivitet i form av gode og effektive undersøkelser med lite komplikasjoner.



Veiledning i klinisk hverdag.



Argonplasmakoagulasjon av svinelever.
Fra workshop på Ullevål.



Kyllinghjerter kan brukes som papiller



Stentinnleggelse i colon på modell.
Fra workshop på Ullevål.

Det kan også bli nødvendig å definere ferdighetsnivåer basert på dagens og fremtidens utfordringer. Skal alle ha samme opplæring eller skal denne tilpasses den enkeltes fremtidige arbeidsoppgaver?

Spesialitetskomitéenes rolle

Det kan virke som om dagens spesialistkrav ikke tilfredsstiller nødvendige krav til kunnskap om endoskopisk utstyr og praktisk gjennomføring av prosedyrer. Mye taler for at spesialistkravene bør oppdateres for å

sikre at ferdige spesialister har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter. Spesialitetskomitéene oppfordres derfor til å oppdatere krav til ferdigheter og kursing innen endoskopi – særskilt med fokus på kontinuerlig veiledning med evaluering av den enkelte utdanningskandidats progresjon innenfor en trygg læringsramme. Opplæringen må være en kombinasjon av aktiv deltakelse i arbeidet på eget sykehus og en strukturert prosedyreopplæring.

Konklusjon

Det er svært viktig å tilpasse spesialistutdannelsen til dagens ferdighetskrav. Oppfordringen går hermed til spesialitetskomitéene i fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi. ■

ET BILDE SIER MER ENN TUSEN ORD!

Med digitale bilder i pasientjournalen forenkles arbeidet og kvaliteten i helsevesenet øker.

Picsara integrerer valgfritt digitalt eller analogt kamera med valgfritt journalsystem og lagrer bildene sentralt i en sikker database. Med noen få tastetrykk kan en lege ta et bilde med endoskop, mikroskop eller vanlig digitalkamera. Informasjon om pasient og sykdomstilfelle hentes automatisk ut fra journalsystemet.

Alle medarbeidere med adgangstillatelse kan se bildene sammen med journalen fra en hvilken som helst PC på sykehuset.

VINGMED

Fjordveien 1, 1323 Høvik, Tlf: 67 58 06 80 Telefax: 67 10 12 12
E-post: info@vingmed-as.no, www.vingmed-as.no

“Train-the-Trainer” og “Endoscopy skills”

Et kurs i samarbeid med UK National Endoscopy Team

Tekst: Geir Hoff og Lars Aabakken

Global Rating Scale (GRS) – www.grs.nhs.uk – ble innført i England i 2003 for å undersøke om endoskopisentre i England hadde et tilstrekkelig pasient-sentrert tjenestetilbud (“pasienten-i-sentrum”).

GRS er etter hvert utviklet til et godt verktøy for sykehus til hjelp med å identifisere hvilke områder innen kvalitet og tjenesteytelse som krever spesiell oppmerksomhet. Dette er koblet opp mot Joint Advisory Group (JAG - <http://www.thejag.org.uk/>) som har eksistert siden 1994 med målsetting å forbedre kvaliteten på endoskopitjenestene i Storbritannia. JAG reiser nå rundt på “site visits” og akkrediterer bl.a. skopører og skopisentre til det britiske programmet for kolorektal cancer screening. Uten akkreditering får sentre ikke følge opp screening-positive personer med koloskopi. Årsaken er at FOBT-positive oftere har store polypper som kan være en spesiell utfordring – ikke minst i en setting hvor hverken skopør eller pasient egentlig forventer å finne patologi (8 av 10 gFOBT er falsk positive) - langt mindre at det kan bli komplikasjoner av et endoskopisk inngrep på en benign lesjon. Som leder for dette meget vellykkede kvalitetssikringsarbeidet er Roland Valori en sentral person i kvalitetsutviklingen av koloskopitjenester også utenfor Storbritannia. Han er en av flere (bl.a. Michael Bretthauer og Geir Hoff) som er engasjert av EU-kommisjonen i utarbeidelse av retningslinjer for screening i Europa. Han var invitert foredragsholder ved NGFs årsmøte på Lillehammer sist vinter.

Forbereder kurs i Norge

Vi ønsker å sette fokus på hvordan opplæring av skopører foregår - pedagogisk og praktisk. Som ledd i satsingen på Gastronet-programmet prøver vi å få til et 3-dagers kurs i koloskopi ved Rikshospitalet i løpet av 2010 - ledet av Roland og hans folk. Dette har Roland gjort også i andre land utenom England. Finansieringen er ikke sikret enda. Tanken er å gi dem som står for den lokale opplæringen ved et tilfeldig utvalg av sykehus i Gastronet muligheten til ytterligere

perfeksjonering både på pedagogikk og faktisk endoskopiteknikk. Dette blir egentlig en randomisert undersøkelse med randomisering av sykehus. Endepunktet for resultatevaluering blir cøkumintubasjonsrate, “polyp pick-up rate” og pasientenes opplevde smerte for hvert sykehus etter ½ og ett år. Vi drar jo stadig på kurs og regner med at det fører til forbedringer, men det blir sjelden evaluert. Denne gangen har vi en mulighet. Om det blir en suksess, regner vi med å kunne utvide tilbudet til alle som ønsker det. ■



Geir Hoff



Global Rating Scale (GRS) – www.grs.nhs.uk



Nexium[®]
esomeprazol



AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no, www.halsbrann.com
www.ibd.no

Gjør det enda enklere for pasienten



1

gang daglig

Anbefalt
vedlikeholdsdose for
Pentasa
ved mild til moderat
ulcerøs kolitt



C Pentasa «Ferring Legemidler AS»
C Pentasa Sachet «Ferring Legemidler AS»
Antiinflammatorisk middel.

T DEPOTTABLETTER 500 mg: Pentasa: Hver depottablett inneholder: Mesalazin 500 mg, povidon, etylcellulose, magnesiumstearat, talkum, mikrokrystallinsk cellulose.

T REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa: 100 ml inneholder: Mesalazin 1 g, natriummetabisulfitt (E 223), natriumacetattrihydrat (E 262), dinatriumedetat, konsentrert saltsyre til pH 4,8, rensed vann.

T STIKKPILLER 1 g: Pentasa: Hver stikkpille inneholder: Mesalazin 1 g, magnesiumstearat, talkum, povidon, makrogol 6000.

T DEPOTGRANULAT 1 g og 2 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneholder: Mesalazin 1 g resp. 2 g, etylcellulose, mikrokrystallinsk cellulose.

Indikasjoner: Depottabletter og depotgranulat: Ulcerøs kolitt og Morbus Crohn. Rektalvæske: Ulcerøs proktosigmoiditt. Stikkpiller: Aktiv ulcerøs proktitt.
Dosering: Depottabletter og depotgranulat: Individuell dosering. Voksne: Opptil 4 g daglig fordelt på flere doser. Anbefalt vedlikeholdsdose ved mild til moderat ulcerøs kolitt er 2 g 1 gang daglig. Barn: Forsøksvis 20-30 mg/kg kroppsvekt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Depotgranulatet må ikke tygges. Rektalvæske: Voksne: Normaldosering: 1 klyster hver kveld før sengetid i 2-4 uker. Stikkpiller: Voksne: 1 stikkpille 1 gang daglig. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffer eller salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Må gis med forsiktighet til pasienter som er overfølsomme for sulfasalazin. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazindusert myo- og perikarditt eller alvorlig blodyskрази bør behandlingen avbrytes. Interaksjoner: Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler kan øke risikoen for nyrekomplikasjoner. Hos pasienter som får azatioprin eller 6-merkaptopurin, kan samtidig behandling med mesalazin øke risikoen for blodyskрази. Graviditet/Amning: Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulemp. Overgang i placenta: Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. Blodyskramer (leukopeni, trombocytopeni, anemi) er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. Overgang i morsmelk: Går over. Mesalazinkonsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolliten acetylmisalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. Overfølsomhetsreaksjoner som diaré hos spedbarn, er rapportert og kan ikke utelukkes. Bivirkninger: Mest vanlig er gastrointestinale forstyrrelser, hodepine og hudreaksjoner. Overfølsomhetsreaksjoner og legemiddelinusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Neurologiske: Hodepine. Sjeldne (<1/1000): Blod: Leukopeni (inkl. granulocytopeni), trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylaseni, pankreatitt. Hud: Reversibel alopeci, lupus erythematosus-lignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinnivåer, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftveier: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalggi, artralgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom), misfarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarm sykdommen. Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger. Egenskaper: Klassifisering: Mesalazin (5-aminosalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarm sykdom. Virkningsmekanisme: Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocytokjemotakse og nedsetter dannelsen av cytokiner, leukotriener og frie radikaler. Absorpsjon: Depottabletter og depotgranulat: Ca. 30-50%. Absorberes hovedsakelig i tyntarmen. Reduseres ved samtidig matinntak. Rektalvæske: Ca. 15-20%. Stikkpiller: Ca. 10%. Proteinbinding: Mesalazin: Ca. 50%. Acetyliert metabollitt: Ca. 80%. Fordeling: Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæskens frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. Stikkpillene frigjør virkestoff i rectum. Halveringstid: Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyliert metabollitt: Ca. 70 minutter. «Steady state» nås etter 5 dager. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyliert metabollitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. Metabolisme: Acetylering i tarmslimhinnen og i lever samt til en viss grad via tarmbakterier. Utskillelse: I urin og føeces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. Pakninger og priser pr. juli 2009: Pentasa: Depottabletter: 100 stk. (blister) kr 380,40. 3 x 100 stk. (blister) kr 1071,30. Rektalvæske: 7 x 100 ml kr 296,60. Stikkpiller: 28 stk. (blister) kr 523,70. Pentasa Sachet: Depotgranulat 1 g: 150 stk. (dosepose) kr 1326,40. 2 g: 60 stk. (dosepose) kr 1030,20. Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Pentasa: Depottabletter: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Rektalvæske: Ulcerøs proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Stikkpiller: Behandling av aktiv ulcerøs proktitt. Pentasa Sachet: Depotgranulat 1 g: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Depotgranulat 2 g: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Refusjonskode: ICPC: Pentasa: Depottabletter: D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). Rektalvæske: D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). Stikkpiller: D94 Ulcerøs proktitt (-). Pentasa Sachet: Depotgranulat: D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (-). ICD: Pentasa: Depottabletter: K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-). Rektalvæske: K51 Ulcerøs kolitt (-). Stikkpiller: K51.2 Ulcerøs (kronisk) proktitt (-). Pentasa Sachet: Depotgranulat: K50 Crohns sykdom (-), K51 Ulcerøs kolitt (-).

ATC-nr.: A07E C02

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no.

 **Pentasa**[®]
mesalazin (5-ASA)

Ferring Legemidler AS
Nydalssveien 36B
Postboks 4445 Nydalen
0403 Oslo
Tlf.: 22 02 08 80

mail@oslo.ferring.com, www.ferring.com

FERRING
PHARMACEUTICALS

PEN012/09/2009

Endoskopi utenfor Ring 3

Tekst: Lars Aabakken, Medisinsk avdeling, Gastrolab, Rikshospitalet

Endoskopi kan være en utfordring i Norge også, men det er mange problemer vi slipper å forholde oss til. Dette er et ørlite reisebrev fra Accra, Ghana, et fredelig, lett tilgjengelig, supert land i engelsktalende Vest-Afrika.

Jeg har vært her et par ganger før, og i år har jeg hatt gleden av å jobbe iallfall delvis sammen med en liten gruppe fra the Mayo Clinic i Michigan. Sammen med Mark Topazian, Bob Sedlack og Lewis Roberts derfra har vi hatt ett 3-dagers endoskopikurs for gastroenterologer i Ghana og omkringliggende 3-4 land, tilsammen 12 kursister med varierende, men stort sett minimal endoskopierfaring. Kurset bestod av 2-3 forelesninger, modelltrening (på selvdisserte ghane-siske grisemager og ku-tykkertarmer), og praksis på en lang rekke pasienter, 36 gastroskopier første dag...

Mangelfullt utstyr

Det som imidlertid går igjen er at de fleste hadde hatt utstyr, men det hadde gått istykker, og de hadde ikke anledning til å reparere. Dermed har det aller aller viktigste learning point på hele kurset vært å terpe lek-kasjetesting. Dette er ikke rutine her, og gjør at enkle reparasjoner blir dyre og vanskelige. Det er ikke tradisjon for å ta med sykepleiere på slike kurs, men vi var enige om at det må være et krav neste gang.

Ellers har vi delvis trent kursister med veldig begrenset erfaring, delvis faculty på Korle Bu University Hospital her i Accra som iallfall delvis har erfaring i diagnostisk endoskopi. Dog: Ikke så ofte forbi pylorus, sjelden forbi sigmoideum. Mye å lære bort bare innen diagnostisk endoskopi. Vi har også undervist i polypektomi og strikkligering av varicer, og øvd på reloading av 6-shootere fra Cook, de lar seg nemlig gjenbruke på en veldig billig måte... ! De har en del utstyr her, donert fra ulike kilder, men dårlig system på tingene og mye kreativ improvisasjon.

Konsultasjoner

De siste to dagene har jeg vært her alene og jobbet sammen med faculty på Korle Bu-sykehuset med de vanlige pasientene, i tillegg til et par som de hadde ventet med til det kom besøk. I går var høydepunktet en pasient med en strålebehandlet høy øsofagus-cancer og en colonconduite fra larynx til ventrikkel, nå en svær fistel fra utkoblet øsofagus til trachea like nedenfor øvre sfinkter og betydelig hoste døgnet rundt. Vi fikk lagt en guidewire via colonsegment og ventrikkel retrograd opp gjennom øsofagus – og ut av munnen, og med dette fikk vi plassert en dekket metallstent (som mine nye venner fra Mayo hadde med) akkurat høyt nok til å dekke fistelen og åpne øsofagus, uten å plage pasienten altfor mye med fremmedlegeme-følelse. Dette har naturligvis ingenting med undervisningen å gjøre, men betyr jo mye for vår stakkars – men heldige – nye venn som plutselig sluttet å hoste og kunne svelge igjen...

Klar for nye utfordringer?

Planen nå er å fortsette med årlige kurs, men samtidig



Kursdeltakere og instruktører klare til dyst



Michael Adams fra Sefwi-Asafo Ghana fikk endelig anledning til hands-on-trening i gastro- og koloskopi.

å forsøke å få til en stafett av norske leger som har anledning til å reise ned hit f.eks. en uke ad gangen, f.eks. hver 3-4 mnd. Vi jobber med å skaffe sponsorer som kan dekke flybilletten, resten av kostnadene her nede er småpenger. Hvis vi får dette til, kan disse ukene delvis brukes til å behandle vanskelige tilfeller som de ikke håndterer alene, delvis til å trene faculty her og sykepleierne slik at Korle Bu University Hospital kan bli et lokalt center of excellence i nær fremtid, som f.eks. kan holde kurs også uten eksternt hjelp.

De som måtte være interessert i en slik – FANTASTISK GIVENDE - uke kan ta kontakt med Lars Aabakken (larsaa@medisin.uio.no) for nærmere info. ■

Akwaaba, Prof. Lars... (alle utlendinger blir auto-matisk professor her, hvis det kunne være noe...)

Nytt "gastrosenter" ved St. Olavs Hospital

Tekst: Gunnar Qvigstad, førsteamanuensis

I slutten av april i år flyttet Avdeling for fordøyelses- og lever-sykdommer inn i det nye Gastrosenteret ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Gastrosenteret er på over 30 000 m² og er det første senteret som blir ferdig i byggefase 2 i det nye St. Olav. Innflytting skal skje i etapper fra april 2009 til våren 2010.



Flyfoto fra sør av St. Olavs Hospital. (Foto: Helsebygg Midt-Norge)



Endoskopirom

Senteret består av fire fløyer og skal huse følgende fagfelt: gastroenterologi, gastroenterologisk kirurgi, onkologi, hematologi, nefrologi, urologi, endokrinologi, bryst- og endokrinkirurgi (poliklinikk), bilde-diagnostikk og kliniske servicefunksjoner. I tillegg skal infeksjonavdelingen være der midlertidig inntil Kunnskapsenteret blir ferdig. NTNUs forskning og undervisning i Gastrosenteret hører til Institutt for kreftforskning og molekylær medisin og disponerer store arealer i senteret.

Stor overgang

Flyttingen gikk stort sett bra, men produksjonen ble hardt rammet i den perioden flyttingen pågikk. I tillegg gikk det en periode før man kom opp på vanlig produksjonsnivå, så vi sliter nå med lange ventelister på endoskopier.

Etter mange år i nedslitte lokaler i den gamle høyblokka, var det en stor overgang å komme til nye og betydelig større arealer i det nye senteret. Sengeposten har 16 lyse fine enerom fordelt på 2 sengetun. Det er ikke plass til korridorpatienter og heller ikke plass til 2 senger på rommene, så overbelegget på avdelingen er en saga blott (hvor det har blitt av pasientene er en annen sak, men liggetiden har faktisk gått ned med 0,6 døgn!). Alle rommene har multi-mediaskjerm på en svingarm over senga hvor man har TV, radio, internett, telefon etc. Hvorvidt en slik skjerm over senga er hensiktsmessig på en avdeling med mange eldre mennesker kan man selvsagt lure på, og isolasjonen på enerom gjør at enkelte savner de gamle 2-, 3- og 4-sengsrommene i høyblokka.

Også den nye gastrolaben/poliklinikken er betydelig større og en fryd for øyet sammenlignet med den gamle. Vi har nå samlokalisert gastrolab, dagpost og tidligere medisinsk poliklinikk, noe som gir mulighet for både bedre pasientbehandling og mer effektiv drift.

Ikke bare fryd og glede

Nei, på tross av nye og store arealer, er det betydelige mangler på flere områder som kanskje kunne vært unngått dersom de ansattes forslag hadde vært tatt til følge og den såkalte medbestemmelsen hadde vært reell. Mange av løsningene både på sengepost og gastrolab synes lite gjennomtenkte. Kontorsituasjonen blir av mange karakterisert som katastrofal, og man har ingen løsning på hvor alle skal gjøre av seg når alle avdelinger har flyttet inn neste vår. På sengeposten er det er mangel på arbeidsplasser for både leger og sykepleiere. På gastrolab er det ikke tatt høyde for at ansatte har behov for å sette seg ned en gang i blant i løpet av en arbeidsdag, og utstyret på endoskopirommene ble heller ikke slik man hadde blitt forespeilet. Kontorpersonalet er ofte plassert



Inngangspartiet i Gastrosenteret



Sengepost

i åpne løsninger ut mot pasienter/publikum slik at taushetsplikten settes på prøve. Kantinen er liten og kan umulig gi plass til mer enn en brøkdel av de ansatte den dagen alle avdelingene er i hus. Det heter seg at på St. Olav skal pasienten være i sentrum, men pasientene får det vel neppe optimalt hvis de ansatte ikke trives?

Det er altså ikke alt som har blitt som vi håpet, men bygget har potensial på mange måter. Dessuten har NTNU en hel etasje i senteret og er dermed tett på klinikken og pasientene. Dette burde gi mulighet for forskning tross travle dager i klinikken. ■

Pancreas 2000

Europeisk utdannelse i pankreatologi

Tekst: Kim V. Ånonsen, Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål

Arbeidet med å fremme forskning og kunnskap om bukspyttkjertelen står sentralt hos flere store organisasjoner som har kraft til gjøre en forskjell. En av disse er European Pancreatic Club. EPC har med sitt program fra 2008 vedtatt å støtte prosjektet Pancreas 2000.

Pancreas 2000 ble startet i 1999 som et samarbeid mellom Karolinska Institutet og Solvay Pharmaceuticals og er et utdanningsprogram for fremtidige, europeiske pankreatologer. Det femte Pancreas 2000-kullet startet nylig opp et løp som normalt strekker seg over 2 ½ år. Programmet har denne gang 27 deltakere, og Truls Hauge fra Oslo universitetssykehus Ullevål er en av ti mentorer.

Kursaktiviteten er basert på seks tredagers møter der det undervises i pankreatologi, lederskap og forskning. Forskningsdelen består av undervisning i forskningsteori og praktisk gjennomføring av et forskningsprosjekt. Prosjektarbeidet er krevende, og det er nødvendig å gjøre en betydelig egeninnsats mellom møtene. Det ble denne gang etablert fire forskningsgrupper hvor hovedtitlene for prosjektene er akutt, alvorlig pankreatitt, screening ved familiær kreftopphopning, post-ERCP-pankreatitt og cystiske pankreaslesjoner. En rekke av prosjektene fra tidligere kull har resultert i publikasjoner.

Gruppen jeg deltar i har cyster som tema, og deltakerne kommer fra Sverige, Skottland, Italia, Belgia og Polen. Undertegnede er eneste norske deltaker og har så langt satt spesielt stor pris på å knytte kontakter ved flere av de store HPB-senterne i Europa. Norge er små i denne sammenheng.

Initiativet i Pancreas 2000 speiler den utviklingen forskningen i Europa må ha i "konkurransen" med store kohorter i USA. I programmet bygger man et bredt, internasjonalt nettverk av pankreasinteresserte. Konseptet er derfor svært viktig og fremtidsrettet. Pankreatologi blir neppe en formalisert subspecialitet i Norge med det første – det må man bare konstatere. Det er da betryggende at innovative svenske pankreatologer fra Karolinska Institutet har lagt veien åpen til Europa. Dette kan være veien å gå på flere områder innen gastrofaget. Informasjon om utdanningsprogrammet finner man på nettsidene til EPC og Pancreas 2000, og man søker til EPC sitt sekretariat. ■



Deltagere og mentorer viser ekte glede.

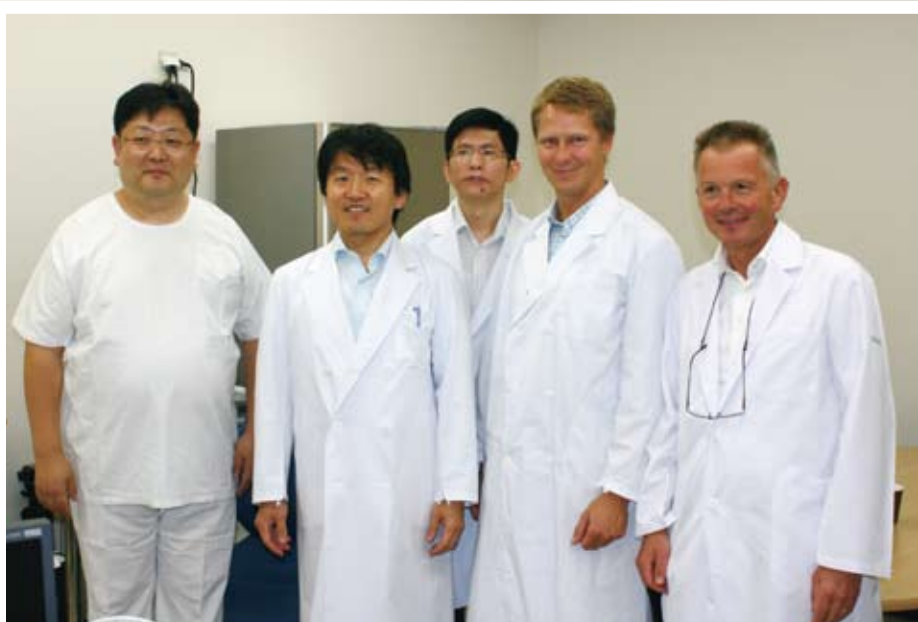
Reisebrev fra Japan

Tekst: Vemund Paulsen og Thomas de Lange

Det kan av og til være nyttig å observere på nært hold hvordan den kliniske virksomhet utføres hos kollegaer i andre land. To fra NGF-nytt-redaksjonen ønsker med dette reisebrevet å dele noen erfaringer fra et hospiteringsopphold på Jichi Universitetssykehus nær Tokyo, Japan.



Antrekk for norske sykepleiere?



Fra v. Prof. Keijiro Sunada, Prof. Hironori Yamamoto, og 3 glade hospitanter Tsung-Hsing Chen (Taiwan), Vemund Paulsen og Thomas de Lange.

Jichi

Vi besøkte Jichi universitetssykehus som er lokalisert en times togtur nord for Tokyo. Reisen fra Norge til Japan tar ca 15 timer og tidsforskjellen er 9 timer. Endoskopienheten på sykehuset ivaretar alle typer endoskopitjenester, men har spesielt stor kompetanse innenfor ballongassistert endoskopi og endoskopisk submukosal disseksjon (ESD). For disse formål henvises pasienter fra hele Japan. Enheten har 25 overleger og 8 spesialistkandidater innenfor gastroenterologi og ledes av prof. Hironori Yamamoto, mannen som sto bak utviklingen av dobbeltballongendoskopet i samarbeid med Fujinon. Avtale om hospitering ble gjort direkte med han. Vi ble tatt godt i mot av legene og det øvrige personalet i avdelingen. Med 8 endoskopirom var det hele tiden høy aktivitet og mange spennende prosedyrer på gang. Vi opplevde en avdeling med stor entusiasme, ivrig samarbeid mellom kollegaer og tålmodig opplæring av yngre kollegaer. Selve håndverket var preget av grundighet, forsiktighet og eleganse. Slimhinner ble skyllet helt rene og alle segmenter deltjvurdert med bruk av vanlig lys, fargefiltre (FICE/NBI), chromo- og zoomendoskopi. All patologi ble dokumentert med bilder. Sedasjon av pasientene foregikk omtrent som hjemme, med ingen eller lett sedasjon ved ordinære endoskopiske undersøkelser og benzodiazepiner/petidin til mer langvarige undersøkelser.

Ballongassistert endoskopi

Ballongassisterte endoskop er modifiserte og lange endoskop med ytterhylser som på innsiden er kledd med en hydrofil film. Ytterhylsen har ballong i enden, dobbeltballongendoskop har en tilsvarende ballong på enden av skopet (Fujinon), mens singelballongskop (Olympus) ikke har dette. Ved å fiksere tarmen med ballongen(e) på endoskop/ytterhylse vekselvis kan man lirke seg innover i/rette ut tarmen uten å lage større slynger. Med disse endoskopene er det med peroral og/eller transanal tilgang prinsipielt mulig å nå alle deler av tynntarmen, både for diagnostikk og med terapimuligheter tilsvarende det som er mulig med ordinære skop. Skopene brukes også til å nå hepatikojejunostomien hos Roux-en-Y-anastomoserte pasienter (DBE-/SBE-ERC) og kan også være nyttige for å nå cøkum der man ikke har nådd frem med ordinære koloskop. Ballongassistert endoskopi er nå tilgjengelig ved flere norske sykehus. I Jichi så vi metoden i bruk hos fire pasienter. To av disse undersøkelsene ble utført med transanal tilgang, henholdsvis for diagnostisk evaluering av tynntarms-Crohn og for blokkering av en Crohn-striktur i ileum. Hos to pasienter med Roux-en-Y-anatomi ble skopene brukt for henholdsvis steinekstraksjon og anleggelse av SEMS hos en pasient med residiv av ventrikkeltumor. For de av oss som steller litt med slike prosedyrer var det et og annet triks å ta med seg.

ESD

Endoskopisk submukosal disseksjon (ESD) er en metode for en bloc-reseksjon av større mukosale neoplasmer i magetarmkanalen. I prinsippet har metoden fire trinn: a) markering av lesjonens begrensning, b) submukosal injeksjon for løfting av affisert slimhinnelesjon, c) kutting rundt lesjonen og d) disseksjon av submukosa. Metoden har vært i bruk

i Japan i ca 10 år, og tas i økende grad i bruk også i vestlige land. Metoden er fortsatt under evaluering (Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection, Technology status evaluation report, ASGE, 2008). ESD har flere mulige fordeler fremfor endoskopisk mukosareseksjon (EMR) og særlig i tilfeller der EMR gjøres med piecemealteknikk. Metoden er minimalt invasiv, muliggjør en adekvat histopatologisk bedømmelse av reseksjonsrender lateralt og i dypet, og det er mulig å fjerne selv store neoplasmer (opptil 15 cm) så lenge disse er overfladiske. Metoden er imidlertid tidkrevende og teknisk vanskelig. Preoperativ bedømmelse av "pit pattern" og eventuelt endoskopisk ultralyd for vurdering av dybdevekst er essensielt for seleksjon av pasienter egnet for ESD. Komplikasjoner som blødning, perforasjon og strikturdannelse varierer med blant annet lokalisasjonen i magetarmkanalen og de tekniske ferdighetene til operatøren. Ikke minst må fordeler og ulemper med ESD veies opp mot fordeler og ulemper ved konvensjonell kirurgi.

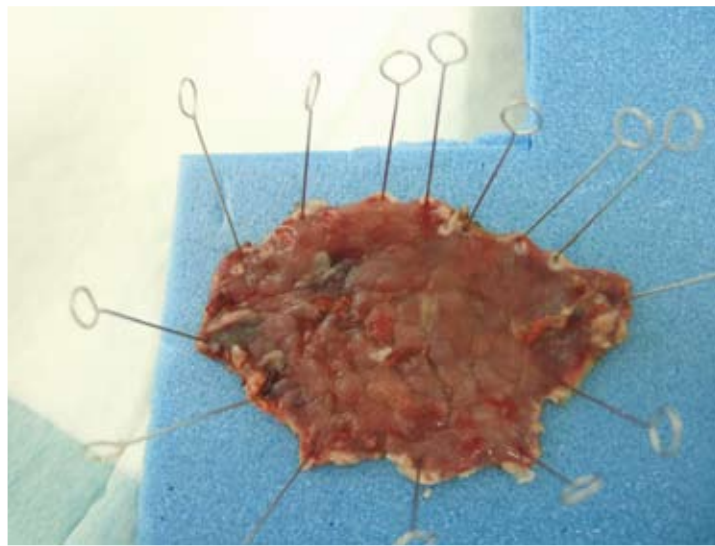
Ved Jichi universitetssykehus utføres mange hundre ESD-prosedyrer årlig. Vi så en drøy håndfull ESD-prosedyrer hos pasienter med lesjoner lokalisert i øsofagus (tidlig plateepitelkarsinom), ventrikel (adenomer med høygradig dysplasi/tidlig cancer), duodenum (papilleadenom med høygradig dysplasi) og colon (2,5 cm stort adenom med høygradig dysplasi i cökum). Ved alle prosedyrene tilkom peroperative blødninger, disse ble alle effektivt stoppet med koagulasjontang. Ingen peroperative perforasjoner oppstod så vidt vi kunne bedømme.

For oss som "ihuga endoskopører" vakte disse øvelsene betydelig begeistring. Hvorvidt ESD skal tas opp som en metode i Norge, og hvem som i så fall skal gjøre dette er imidlertid gjenstand for diskusjon.

Litt om den japanske sjela

Noen veldig dyptpløyende forståelse av sjelslivet til japanerne kan man neppe danne seg i løpet av en uke i Japan. Å ferdes i Tokyo skiller seg ytre sett ikke stort fra å ferdes i New York. De kulturelle forskjellene er likevel påtakelige. Som turist blir man tatt i mot av et folk som på tross av begrensede engelskkunnskaper er imøtekommende, høflige og hjelpsomme. Uttrykk som "Arigato gozaimasu" (tusen takk), "Ohayo gozaimasu" (god morgen) "Hai!" (ja!) lærer man seg fort. På serveringssteder får man umiddelbar betjening og tips mottas ikke da service er en selvsaghet. Ingen sniker (køene blir likevel aldri lange på tross av folkemengden), togene går alltid på minuttet og lom-meboka er trygg! Rensligheten er upåklagelig – ingen måltider inntas uten at man først får en klut å vaske hendene med. Maten serveres fersk, det er ikke helt uvanlig at den spreller litt på tallerkenen! Sigarett-sneiper (billig tobakk kjøpes fra automater overalt) tas med til nærmeste søppelkasse. Ingen prater i mobiltelefonen på T-banen.

Så får man heller leve med ris til morgen, lunsj og middag og den evinnelige slurpingen, men hvordan skulle man ellers kunne få i seg nudelsuppe med pinner? ■



Preparat fra endoskopisk submukosal disseksjon.



Ivrig vurdering av pit pattern før ESD.



Fra en grønn lunge i Tokyo.

Behandling av galleveislidelser i UEGF-regi

Tekst: Kim V. Ånonsen, Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål

De europeiske gastroorganisasjonene arrangerer kurs som holder høyt faglig nivå. Gastroleger i utdanning gjør klokt i å orientere seg i utvalget. Tidligere kurs har blitt omtalt her i NGF-nytt.



Før sommerferien tikket det inn epost fra Roald Torp i NGF med invitasjon til UEGF-kurs. United European Gastroenterology Federation er en slags paraplyorganisasjon for de europeiske gastrolegene, og organisasjonen har arrangert UEGW, Europas stolteste gastrokonferanse, siden 1992. Ved hvert av disse møtene er de to helgedagene i første rekke dedikert de såkalte "postgraduate teaching programme". Det aktuelle kurset nå var det første "professional trainee course" i sitt slag. Den allestedsnærværende Lars Aabakken satt naturligvis i kursfakultetet. Kurset ble avholdt medio september ved Academic Medical Centre (AMC) i Amsterdam – et senter som må kunne kalles en spydspiss i Europeisk gastro- og endoskopiforskning.

"Management of biliary diseases" var den fristende kurstitteleen, og da selveste avdelingsoverlegen lovpriset denne kursinvitasjonen, valgte jeg å søke og fikk plass blant drøyt 100 andre deltakere. Det var deltakere fra Asia, Afrika og Europa hvilket bidro til nyanser når det gjaldt sykdomsspekter. Det var f.eks. få europeere som hadde selv hadde sett ikter og nematoder i galleveiene, men i India virket dette nokså dagligdags.

Hands-on

Meget god informasjon på forhånd og plettfritt arbeid fra arrangøren medførte et sømløst avholdt kurs i beste UEGF-ånd. Selve kurset gikk over to dager og besto av én dag med forelesninger om utvalgte, sentrale emner innen gallesykdommer, og foredragene holdt høy kvalitet. Dag 2 var "hands-on" og kasuistikkbasert. De praktiske øvelsene var delt i tre moduler: ultralyd, ERCP og undersøkelser av ductus choledochus. Undertegnede deltok i ERCP-modulen som var lagt opp for nybegynnere med endoskopi på modeller. Det viste seg nok at endoskopierfaringen hos deltakerne var svært varierende. Øvelsene ble utført på 8 modeller hvor man hadde montert grisemager. Hos gris er det som kjent kort vei til gallegangen fra en vid pylorus og forstyrrende elementer som pankreasgang befinner seg lenger distalt. Dette var greit og har gitt meg idéen til å starte en egen ERC-praksis for ikeriske griser. Vi fikk god støtte fra ERCP-eksperter som veiledet oss i kanylering av gallegangen, EPT, stenting osv. – helt uten risiko for søksmål fra feilbehandlete pasienter! Dukkene hadde montert kamera over papilleområdet slik at man kunne overvåke



To deltakere og mentor i aktivitet med duodenoskopet på grisemage.



Modell med montert grisemage for ERC-trening med tilleggskamera over papillen.

terapien. Dette var morsom og inspirerende trening. Den virkelighetsnære, taktile følelsen ved å bruke grisemager var påfallende når man sammenligner med f.eks. simulator. Konseptet med prosedyreopplæring ex vivo er appellende og i tråd med ønskene fra en rekke stemmer i gastromiljøet i Norge.

Forelesninger

Det akademiske programmet den første dagen var tilegnet gallesteinsykdom, galleveissykdommer hos barn, inflammatoriske sykdommer i galleveiene og kreft. Det var faglig potente forelesere og panel som nok selv sto for broparten av diskusjonene, tildels opphetede, da man diskuterte f.eks. kolecystektomi og PDT ved kolangiokarsinom (CCA). Studiene av det naturlige forløp ved gallesteinsykdom ble kritisk vurdert; en studiebias pga. pasienter som var gjort oppmerksom på sin asymptomatiske gallestein, synes opplagt. Gastrokirurg Gouma advarte sterkt mot en praksis med laparoskopisk kolecystektomi

uten klar indikasjon og viste til at de ved AMC behandlet 1000 pasienter årlig for postkolecystektomi-komplikasjoner (prosentandel ble ikke nevnt).

Leder av UEGFs utdanningskomité Lars Lundell advarte mot å stole på resultatene fra PDT-studiene i behandlingen av CCA og argumenterte med en sarkastisk mine om resultatene stemte, nemlig at lokal tumorreduksjon gir et signifikant forlenget livsløp, ville det være en medisinsk sensasjon. Naturligvis parert med indignasjon fra PDT-entusiast professor Frieder Berr fra Salzburg. Dr. Ponsioen fra AMC kunne på sin side opplyse at i Nederland var det svært vanskelig å gjennomføre studier på PDT ved CCA fordi pasientene krevde – og fikk tilbud om – denne behandlingen. Gjennomføringen av kursdagen var i det hele tatt stimulerende for videre nysgjerrighet i gastrofaget.

Med andre ord: når det tikker inn en epost fra Roald Torp, skal man være snar og søke. ■

ECCO workshop på AHUS en suksess

Tekst: Tom Øresland, AHUS og Bjørn Moum, OUS Aker.

Interesseorganisasjonen for inflammatoriske tarmsykdommer, ECCO, avholdt sitt 10. regional utdanningsmøte for leger på Akershus universitetssykehus fredag 4. September. Hensikten med dette og de øvrige workshop i denne møteserien var å implementere ECCO guidelines for ulcerøs kolitt og Crohns sykdom ut i gastromiljøene. Disse guidelines omfatter diagnostikk, medisinsk og kirurgisk behandling, såvel som spesielle tema og spesifikke problemstillinger innenfor omsorgen av denne pasientgruppen.

Møtet la opp til å være interaktivt, med presentasjon av kasustikker som berørte svært forskjellige og tildels overgripende problemer av medisinsk og kirurgisk karakter. At presentasjoner og diskusjonene foregikk på engelsk syntes ikke å legge noen demper på den interaktive deltagelse.

Foredrag og omvisning

Kasustikker ble presentert av Janneke van der Woode, Erasmus Medical Center, Rotterdam og Charles W Lees, Western General Hospital, Edinburgh som representanter fra ECCO. I tillegg presenterte våre egne representanter i NGFs interessegruppe for IBD, Ingrid Berseeth, Sykehuset Ålesund og Astrid Rydning, St Olavs Hospital, Trondheim kasustikker, mens Tom Øresland, AHUS og Bjørn Moum, Oslo Universitetssykehus Aker var møteledere.

Etter møtet var det guidede omvisning på det nye AHUS, som åpenbart også hadde imponert de utenlandske foredragsholderne som i ettertid uttrykk begeistring over lokalitetene: "...the meeting was well attended and the modern lecture theatre fantastically well equipped...."

Med mer enn 60 påmeldte deltagere, medisinske såvel som kirurgiske gastrospesialister og assistentleger, ble møtet svært vellykket. Møtet var arrangert av ECCO sekretariatet i Wien, mens den lokale forankring var ved underleggende referenter.

Norge er på høyden

Vi fikk også bekreftelse på, gjennom presentasjoner og faglige diskusjoner, at norsk IBD kompetanse og behandling er på høyde med det beste i Europa. Evalueringen av møtet fra ECCO's representanter var også en bekreftelse på dette: "We also had an idea for future workshops in very advanced countries like Norway: Current controversies in IBD: issues for future guidelines"

Med våre rutiner i behandling av IBD føler vi oss trygge på at pasientene får et godt tilbud, men det forutsetter også at møter som dette arrangeres, at kolleger deltar når anledningen byr seg og at vi har interesseorganisasjoner som ECCO til gå foran. ■



Arrangementskomiteen.



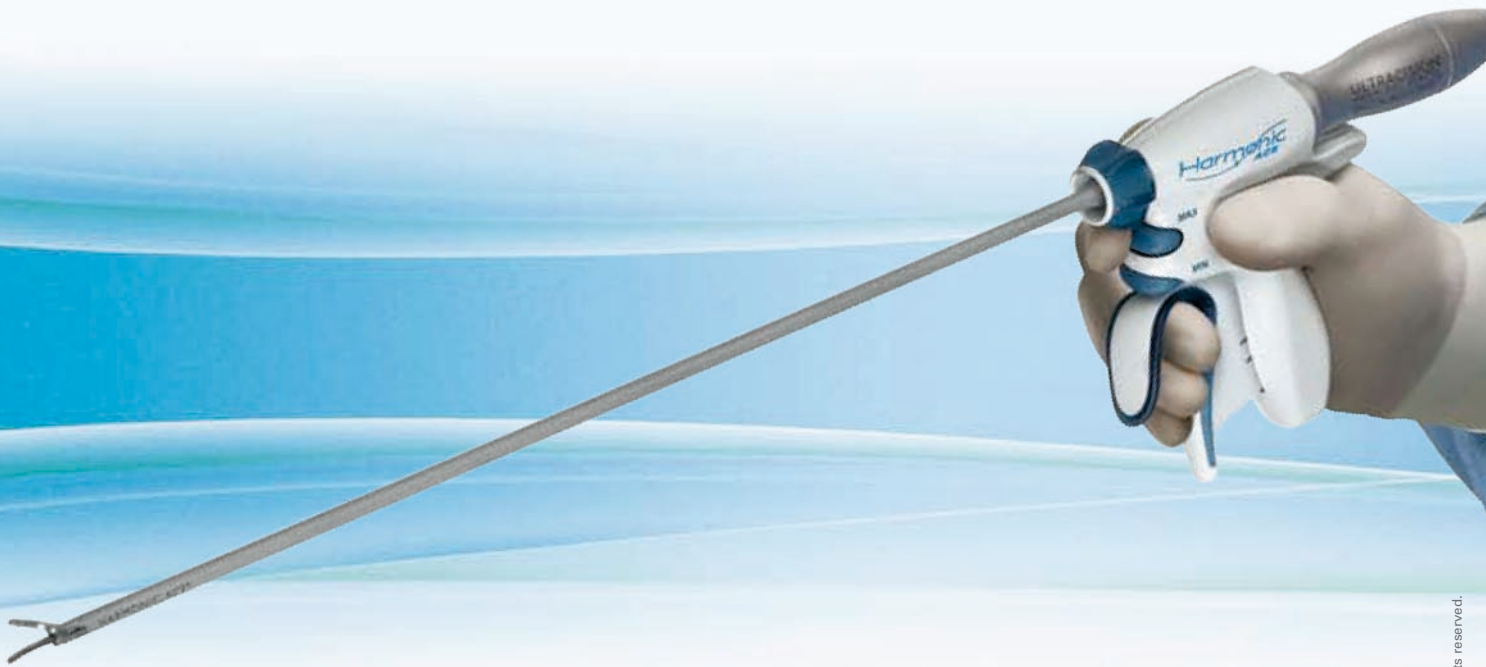
Konsetrerte workshop deltagere.

Advancing Smooth Surgery

Harmonic
ACE[®]

Proven performance NOW ergonomically enhanced

Feeling Is Believing



Achieve the tissue effect you've come to expect from Harmonic ACE[®] curved shears. Extensively engineered and designed to intuitively blend into your surgical flow.

For complete product details, see instructions for use.

 **ETHICON ENDO-SURGERY**
a *Johnson & Johnson* company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION™

ETHICON ENDO-SURGERY (Europe) GmbH · Hummelsbütteler Steindamm 71 · D - 22851 Norderstedt

I forbindelse med artikkel i NGF-Nytt nr. 2 "Fordeling av gastrospesialister ute av kontroll" har vi mottatt 2 leserinnlegg fra overlege Ingrid Blomgren, Haugesund og klinikkssjef Eiliv Brenna, St. Olavs hospital. Vi setter stor pris på reaksjoner fra våre lesere. Fortsett med dette!

(Redaksjonen)

Det må tas hensyn til regions og universitetsfunksjon!

Det er meget prisverdig at Thomas de Lange tar opp dette viktige tema til diskusjon. Det er ikke overraskende at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) mangler måltall for hvor mange spesialister det er behov for. Som påpekt av de Lange, er NR's database over antall grenspesialister heller ikke oppdatert. Man mangler altså pålitelige kilder for å kunne sammenlikne spesialistdekningen ved de forskjellige sykehus og regioner i landet.

Dessverre er heller ikke den tabellen som presenteres i NGF-nytt til særlig nytte for å kunne vurdere dette, da de data som presenteres er usikre og ufullstendige. Når spesialistdekningen skal sammenliknes, må antall innbyggere som sokner til sykehuset være riktig, og det gjelder befolkningsgrunnlaget både for lokalsykehus- og universitetssykehusfunksjonen. Derneft må ikke bare antall hele stillinger, men også antall bistillinger ved universitetssykehusene regnes med, og helst tjenesteplanenes lengde for alle typer stillinger. Eventuell bruk av fritidspoliklinikk for å løse venteliste-problematikk innen endoskopi har også betydning for total kapasitet. Sist, men ikke minst, må også privatpraktiserende spesialister, både de med og de uten driftstilskudd, tas med i kalkylene.

Grunnlagsdata må være kvalitetssikret og fullstendige for å danne basis for konklusjoner om hvordan fordelingen av gastrospesialister er i landet. Det må derfor gjøres et grundigere arbeid før man kan presentere dette for helsemyndighetene.

Klinikkssjef, Eiliv Brenna, Medisinsk klinikk, St. Olavs hospital

Store deler av vestlandet var ikke tatt med!

Vedrørende artikkelen i siste NGF-Nytt så vil jeg understreke at vestlandet nesten er glemt. Hverken Stavanger, Haugesund, Stord eller Odda er med i statistikken. Heller ikke Haraldsplass i Bergen eller Voss

I Haugesund har vi to gastroenterologer på ca 110 000 innbyggere (1 hjemmel), Stord har en (snart to) på ca 55 000 innb, hvor mange Stavanger har er jeg ikke helt sikker på. Det betyr at Haugesund har like dårlig legedekning som Asker og Bærum, Drammen og Ahus. Men som redaktøren sier så er det vanskelig å tolke disse tallene. Behovet for spesialister varierer sikkert.

I Oslo-området, med sine mange sykehus, er det vanskelig å vurdere legedekningen. Men som sagt på Vestlandet kunne jeg bare finne Haukeland og Førde.

Overlege Ingrid Blomgren i Haugesund

Svar fra redaktøren

Kjære lesere

Takk for konstruktive innspill. Det er gledelig at det kommer respons på det som skrives i bladet. Jeg ønsker og håper at vi i større grad kan bruke bladet som et diskusjons forum.

Tabellen i min artikkel i siste nr av NGF nytt fremkom ved at jeg kontaktet de sykehusene der jeg lyktes å finne mail adressen til en kontaktperson. Dessverre svarte ikke alle sykehusene selv etter påminnelser. Det betyr at tallene som er oppgitt i tabellen er basert på de tall jeg har fått fra sykehusene som har svart. Dette har to åpenbare svakheter; Noen av de kontaktede sykehusene svarte ikke. I tillegg ble ikke alle sykehus kontaktet pga. at man ikke fant potensielle kontaktpersoner.

Konsekvensen, slik begge innsendere påpeker, er at listen over spesialister er ufullstendig og at tallene som fremkommer må tolkes med forsiktighet.

Det er klart at det i tabellen ikke er korrigeret for arbeidsoppgaver utover de kliniske. Dette gjelder i særlig grad universitetssykehus der ofte flere overleger har bistillinger ved universitetet.

Det er heller ikke korrigeret for sentralsykehus/regionssykehus funksjon, slik at den eneste rimelige sammenligningen som kan gjøres er mellom sykehus på samme nivå.

Det er heller ikke korrigeret for arbeidsfordelingen mellom kirurger og gastroenterologer på gastrolab. Innsatsen til kirurgene varierer mellom 0-50% av den aktiviteten.

Innenfor kirurgien er det heller ikke korrigeret for at visse sykehus har spesialoppgaver som f.eks fedmekirurgi.

På den andre siden er jeg tvilsom til at man skal ta hensyn til spesialister som ikke har avtale, da de ofte selekterer sine pasienter på en helt annen måte og i liten grad dekker opp for sykehus aktiviteten.

Jeg tror også det vil være vanskelig å korrigere for aktivitet utenfor ordinær arbeidstid fordi avtaler om kveldspolitikk i de fleste tilfeller kun organiseres i kortere perioder.

Jeg er helt enig med Eiliv Brenna at vi trenger sikrere data før dette kan presenteres for myndighetene. Jeg føler at innlegget har lyktes med å sette fokus på et viktig og vanskelig spørsmål. Det vil være viktig å få samlet inn fullstendige data. Jeg vil derfor oppfordre alle sykehus som har gastroenterologer og gastrokirurger til å sende meg aktuelle data på antall overlegestillinger, hvilke funksjoner sykehuset har, henholdsvis lokal, sentral, regions og/eller universitetsfunksjon, samt befolkningsunderlag for den enkelte funksjon. I tillegg vil det være nyttig å få en oversikt over fordeling av arbeidsoppgaver på gastrolab og evt. spesialfunksjoner på det enkelte sykehus.

Thomas de Lange



Cand.scient. Lars-Egil Fallang ved Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Oslo, forsvarte sin avhandling for graden ph.d. (philosophiae doctor) 25. september 2009:

“Investigating celiac disease using recombinant soluble MHC class II molecules”

Utredelse av cøliaki ved bruk av rekombinante løselige MHC klasse II molekyler. I denne avhandlingen presenteres nye funn som belyser bakgrunnen for den spesifikke assosiasjonen mellom proteinet HLA-DQ2.5 og sykdommen cøliaki. Cøliaki er en kronisk betennelse i tynntarmen som fremkalles av gluten fra hvete, bygg, rug og spelt. Opp mot 1 % av befolkningen lider av denne sykdommen, der 90 % av pasientene har den arvelige komponenten HLA-DQ2.5. Dette proteinet spiller en sentral rolle i sykdomsutviklingen ved å presentere gluten fragmenter, eller peptider, til gluten spesifikke T celler. Et annet nærmest identisk protein, HLA-DQ2.2, er ikke assosiert med cøliaki, men har allikevel evnen til å binde og presentere gluten peptider til de samme T cellene. Bakgrunnen for denne ulike assosiasjonen har derfor vært en gåte.

I denne avhandlingen er det avdekket en forskjell mellom disse proteinenes evne til å binde gluten peptider. Resultatene viser at DQ2.5 har en aminosyre forskjell fra DQ2.2 som forårsaker en økt evne av DQ2.5 til å holde på peptider over tid. Evnen til å holde på peptidene over tid er sannsynligvis viktig i den initierende fasen av sykdommen. Dette er fordi cellene som uttrykker disse proteinene må plukke opp gluten i tarmen, for så å vandre gjennom lymfesystemet til lymfeknutene der presentasjon av peptid til gluten spesifikke T celler foregår. Celler som uttrykker DQ2.5 vil dermed ha en større mengde gluten peptider ved ankomst til lymfeknutene sammenlignet med celler som uttrykker DQ2.2, og dermed også ha større sjanse til å aktivere gluten spesifikke T celler. Dette kan forklare proteinenes forskjellige assosiasjon med cøliaki.

Videre omhandler avhandlingen et mulig diagnostisk verktøy for å identifisere cøliaki pasienter. Dette verktøyet består av glutenpeptid-bundne rekombinante løselige former av HLA-DQ2.5 som brukes til å detektere gluten spesifikke T celler i blod fra pasienter etter et kort inntak av gluten. ■



Lars-Egil Fallang

Cand.med. Signe Spetalen ved Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Oslo, forsvarte sin avhandling for graden ph.d. (philosophiae doctor) 27. august 2009:

“Rectal visceral sensitivity and autonomic function in female patients with irritable bowel syndrome (IBS)”

Irritabel tarm syndrom (IBS) – endetarmens følsomhet og funksjon av det autonome nervesystemet. Lege Signe Spetalen har arbeidet med å forstå årsaksmekanismer for irritable tarm syndrom (IBS). IBS karakteriseres av kroniske, residiverende magesmerter og rammer 5 – 15 % av befolkningen. Behandlingen av pasienter med IBS er imidlertid vanskelig da de eksakte årsaksforholdene er ukjente. I dag antar man at tilstanden best kan forklares som en interaksjon mellom biologiske og psykososiale faktorer.

I sin avhandling Rectal visceral sensitivity and autonomic function in female patients with irritable bowel syndrome (IBS) har Signe Spetalen og hennes medarbeidere undersøkt noen aspekter av funksjonen i endetarm, hjerne og det autonome nervesystemet hos kvinner med IBS vesentlig uten psykiatrisk sykdom og friske kontroller. De fant at ved testing av endetarmens følsomhet med mekaniske stimuli (ballongoppblåsing), var trykket i ballongen normalt hos IBS pasientene. Ballongvolumet var imidlertid redusert når pasientene opplevde ubehag, og dette kan forklares ved økt tonus i tarmveggen. IBS pasientene hadde endret funksjon i det autonome nervesystemet sammenliknet med kontrollene. En subgruppe av IBS pasientene hadde fobisk angst. Det var holdepunkt for at den samtidige fobiske angstlidelse påvirket hjernens bearbeiding av informasjon fra tarmen. Kartleggingen av årsaksmekanismer ved IBS kan på sikt føre til bedre muligheter for terapi ved denne tilstanden. ■



Signe Spetalen

Klokke på avveie

Tekst: Vemund Paulsen, Gastrolab, Rikshospitalet

Sammen med gastrointestinal blødning er fremmedlegemer den vanligste indikasjonen for øyeblikkelig hjelp-endoskopi. Fremmedlegemer bør fjernes raskt for å redusere risikoen for perforasjon og aspirasjon. Røntgen thorax/øvre abdomen kan være nyttig for å lokalisere og karakterisere type fremmedlegeme og for å utelukke perforasjon.

Pasienten var en 60 år gammel med mental retardasjon. Han var flere ganger tidligere henvist til Gastromedisinsk avdeling for endoskopisk fjerning av fremmedlegemer fra spiserør og magesekk. Denne gangen svelget han et herreur uten lenke. Klokken satt nokså godt fast like under øvre øsofagussfinkter. Han kom gående til undersøkelsen. Etter lokalanestesi med xylocain-spray ble gastroskopet ført ned forbi øvre sfinkter. Klokken ble forsøkt fjernet med et Roth-nett (slynge med nett), men det var ikke mulig å komme rundt klokken med dette. Man forsøkte deretter å fette remfestet med en alligortang, men uten å få tilstrekkelig tak. En mynttang ga tilstrekkelig feste til at man med et jevnt drag kunne fjerne klokken. Det ble ikke gitt sedasjon under prosedyren, og ingen komplikasjoner oppsto i forløpet.

Kasuistikken viser at selv store fremmedlegemer kan fjernes med fleksibelt endoskop. Hva slags endoskopisk utstyr som benyttes avhenger av type fremmedlegeme, og et rimelig utvalg bør være tilgjengelig på en endoskopienhet. ■

Referanser

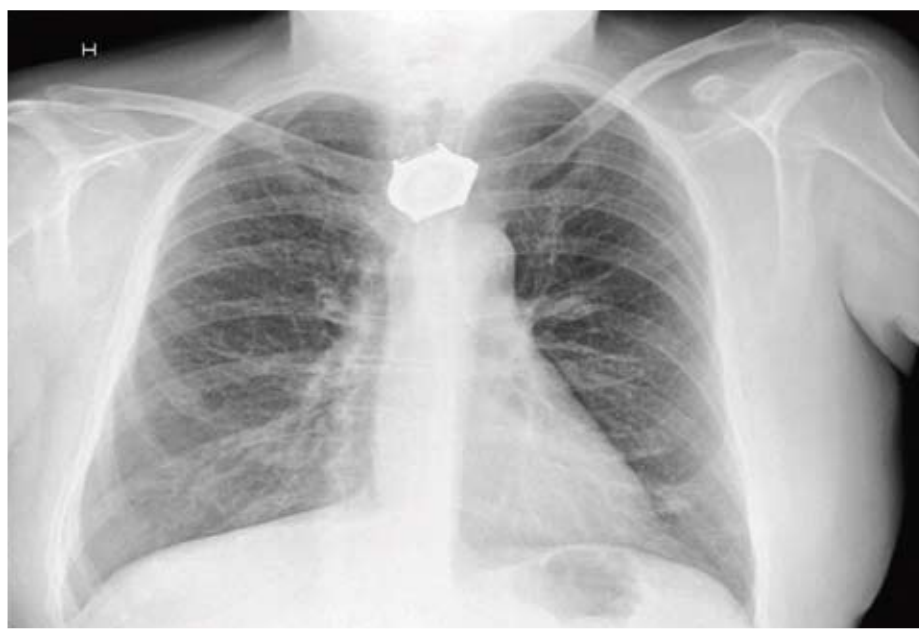
Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. Webb WA. Gastrointest Endosc 1995 Jan;41(1):39-51

Fra redaksjonen:

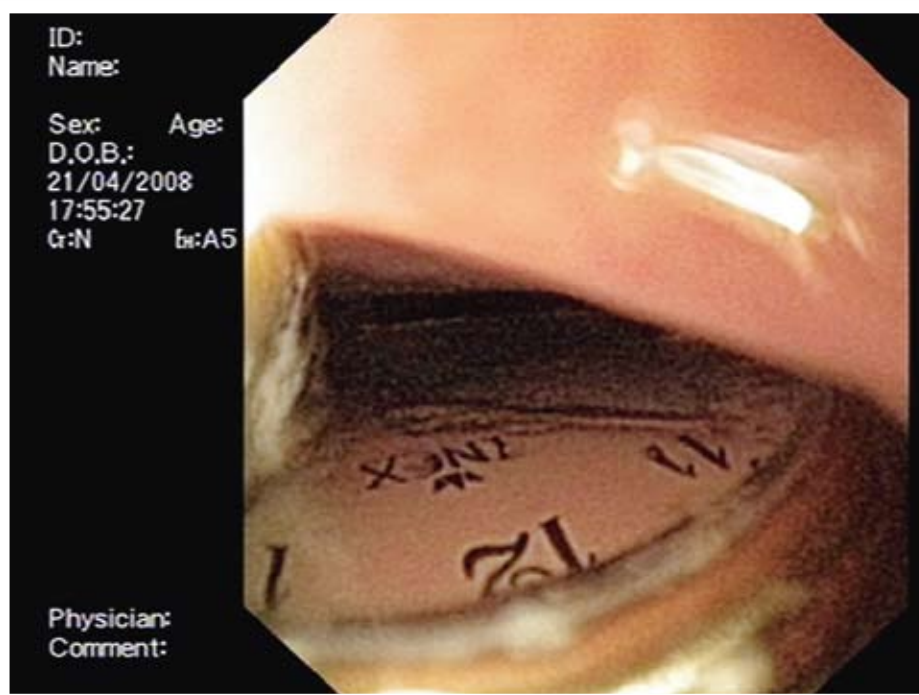
Send gjerne ditt eget favorittbilde på e-post (t.d.lange@medisin.uio.no) til redaksjonen. Legg ved en liten kommentartekst.



Mynttang.



Pasienten oppsøkte Legevakten tidligere på dagen, men man lokaliserte ikke klokken på røntgen oversikt abdomen.



Inex herreur in situ.

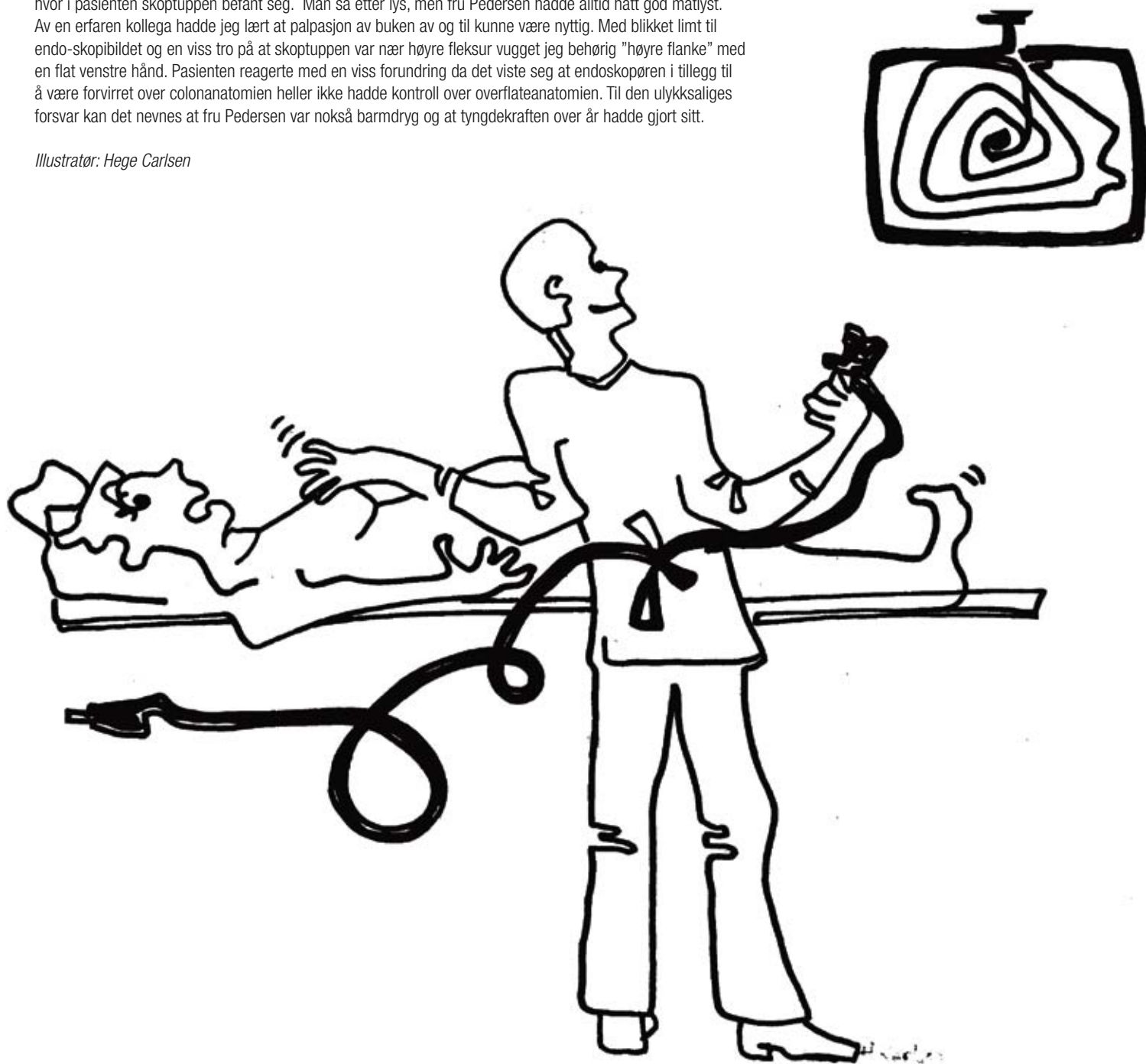
En myk høyre fleksur

Forfatteren ønsker å være anonym, men sitter i redaksjonskomiteén.

Formiddagsøkten på koloskopirommet forløp komplikasjonsfritt med høy ileal intubasjonsrate, minimalt pasientubehag og uten dramatiske funn utover enkelte divertikler i venstre colon. Siden også tidsskjemaet ble holdt med godt monn, ble det tid til en god lunsj og småprat med kollegaer om hvordan man elegant håndterer vanskelige fleksurer. Med lett sinn gikk man løs på ettermiddagsøkten.

Fru Pedersen var henvist etter at det ved CT kolografi var påvist en polypp i cökum, dessuten en lang og slyngt sigmoid med tallrike divertikler. Tømmingen var langt fra optimal. Etter nokså mye plundring og med 110 cm skop måtte endoskopøren erkjenne at koloskopi ikke alltid er enkelt, og han hadde overhodet ingen idé om hvor i pasienten skoptuppen befant seg. Man så etter lys, men fru Pedersen hadde alltid hatt god matlyst. Av en erfaren kollega hadde jeg lært at palpasjon av buken av og til kunne være nyttig. Med blikket limt til endo-skopibildet og en viss tro på at skoptuppen var nær høyre fleksur vugget jeg behørig "høyre flanke" med en flat venstre hånd. Pasienten reagerte med en viss forundring da det viste seg at endoskopøren i tillegg til å være forvirret over colonanatomien heller ikke hadde kontroll over overflateanatomien. Til den ulykksaliges forsvor kan det nevnes at fru Pedersen var nokså barmdryg og at tyngdekraften over år hadde gjort sitt.

Illustrator: Hege Carlsen





Vintermøtet 2010

NGF's vintermøte 11.-14. februar 2010

Hjertelig velkommen til vintermøtet som sikkert blir like interessant og hyggelig som tidligere. Sett av datoen allerede nå!

ABSTRAKT

Sist årsmøte hadde rekordmange innsendte abstrakt, og vi ønsker å gjenta denne suksessen.

Det deles ut 1. pris på 10.000 kr til beste abstrakt innen hver av kategoriene:

1. Beste kliniske arbeid fra universitetsklinikk
2. Beste kliniske arbeid fra ikke-universitetsklinikk
3. Beste eksperimentelle arbeid
4. Beste arbeid med hovedvekt på presentasjonen av arbeidet

Innlevering av abstrakt via abstrakt@gastro.legeforeningen.no innen 1. desember 2009.

Leger under utdanning, som er medlemmer i NGF, og som presenterer et arbeid på møtet, vil få dekket utgifter til deltagelse på årsmøte på inntil kr 4.000,- etter dokumentasjon.

PÅMELDING

Påmelding skjer via link på NGFs hjemmeside (vi har innleid byrå som tar seg av dette). Fyltig program for Vintermøtet kommer i neste nummer av NFG-nytt.



Basalkurs i gastrointestinal endoskopi

30. november - 1. desember 2009

Godkjenninger: Kurset er godkjent med 18 timer til spesialitetene fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi.

Målgruppe: Leger som ønsker å lære seg gastro-intestinal endoskopi.

Læringsmål: Gi deltakerne gode basiskunnskaper i gastroskopi og koloskopi. Tilegne seg kunnskaper om endoskopenes oppbygning, funksjon og relevant tilleggsutstyr. Innføring i praktisk endoskopi og aktuelle standarder for dokumentasjon av prosedyrer. I tillegg vil kurset fokusere på arbeidet i et gastroenterologisk laboratorium.

Kursprogram: Tre dagers kurs med en teoretisk del på 12 timer over to dager, og en praktisk del med trening på en endoskopisimulator under veiledning av en erfaren endoskopør. *Den praktiske delen vil gjennomføres separat fra den teoretiske delen.*

Kurssted: Ullevål universitetssykehus, auditorium i kreftsentret.

Kurskomité: Thomas de Lange (kursleder)
Medisinsk avdeling, seksjon for fordøyelsessykdommer, sykehuset Asker og Bærum HF, Truls Hauge, Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål, Ragnhild Størkson, Gastrokirurgisk avdeling Oslo Universitetssykehus Aker, og Lars Aabakken Medisinsk avdeling, seksjon for fordøyelsessykdommer Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Påmelding E-post:
koordinatorkontoret.oslo@legeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 15. oktober 2008

Antall deltakere: 20

Antall kurstimer: 18

Kursavgift: kr 2700,-

Kursavgift ikke leger: kr 5400,-



PROGRAM:

Mandag 30. november kl 10.00

10.00-10.15	Velkommen og Innledning
10.15-11.00	Fleksibelt gastrointestinalt endoskop i. Oppbygning ii. Bruk iii. Kontroll og test iv. Vedlikehold
11.00-11.15	Pause
11.15-11.45	Pasientinformasjon før en endoskopi v/seksjonsoverlege Lars Aabakken Medisinskavdeling Rikshospitalet
11.45-12.45	Lunsj
12.45-13.45	Teknisk gjennomføring av en endoskopi i. Gastroskopi v/ seksjonsoverlege Lars Aabakken Medisinsk avdeling Rikshospitalet (30 min) ii. Colonoskopi v/ (30 min)
13.45-14.00	Pause
14.00.-16.00	Videodemonstrasjoner v/ Thomas de Lange, Truls Hauge, Lars Aabakken og Ragnhild Størkson i. Normal gastroskopi (2 stk) ii. Normal colonoskopi (2 stk)

6 timers gruppeundervisning på simulator 2 i hver gruppe

Simulator treningen vil foregå separat fra det teoretiske kurset. Deltagerne kan velge mellom å komme til Trondheim eller Oslo for å få den praktiske undervisningen. Deltagerne skal utføre 7-10 endoskopier hver. Deltagerne vil fungere som hverandres assistenter og på den måten også få en praktisk innføring i hvordan man assisterer.

Tirsdag 01. desember kl 09.00

09.00-09.30	Klassifisering av endoskopifunn ved overlege Ragnhild Størkson
09.30-10.00	Dokumentasjon av den endoskopiske undersøkelsen overlege Thomas de Lange
10.00-10.15	Pause
10.15-10.45	Det gastroenterologiske laboratoriet v/ Truls Hauge Oppbygging og struktur
10.45-11.15	Biopsiering v/lege dr med Knut Lundin Rikshospitalet i. Bruk av biopsitang ii. Systematisk slimhinne biopsiering av tynntarm og tykktarm a. Orientering av biopsier b. Stereomikroskopi c. Undersøkelse av duodenal aspirat iii. Biopsiering av makroskopiske funn
11.15-11.45	Termiske metoder v/ 1. Slynge 2. Hot biopsi 3. Heaterprobe 4. APC, Laser
11.45-12.30	Lunsj
12.30-14.30	Videodemonstrasjoner v/ Thomas de Lange, Truls Hauge, Lars Aabakken og Ragnhild Størkson Diverse patologiske funn
14.30-14.45	Pause
14.45-15.45	Premedikasjon og overvåkning av pasienten v/Truls Hauge i. Rutineundersøkelser ii. Kritisk syke pasienter

SADE 2010



Torsdag og fredag, 21-22 januar 2010

Ingenjörhuset City Konference

Stockholm, Sverige

PROGRAM:

Diagnostik

Peroral duktoskopi – av kliniskt värde eller en akademisk leksak?

Konfokal mikroskopi – en spännande nyteknik av stort kliniskt värde eller ytterligare en akademisk leksak?

Esofagus

Endoskopisk HF ablation av Barrett's esofagus – videodemonstration.

Pankreas

Finns det någon framtid för endoskopisk behandling av strikturer i gallgång och pankreasgång vid kronisk pankreatit?

Endoskopisk behandling av pankreas-pseudocystor – när och på vilket sätt?

Endoskopisk behandling av akut nekrotiserande pankreatit

Gallvägar och duodenum

Kan vi fortfarande nöja oss med sfinkterotomi och extraktion av koledochussten hos äldre friska patienter eller skall profylaktisk kolecystektomi utföras?

GallRiks – att utnyttja ett Webb-baserat nationellt kvalitetsregister för ERCP-forskning

Sfinkterotomi – är det fortfarande en skada för livet?

Kolon

Kolonstent vid obstruktiv koloncancer - A bridge to surgery or death?

Dilatation eller kirurgi vid crohnstriktur?

Koloskopi är den gyllene standarden men behövs det något alternativ, DT, MRT eller rent av kapselendoskopi?

Dueller mellan presentatörer

Intraoperativ ERCP – Fact or fiction?

Den svåra kanyleringen – leda, skära och klyva.
Många sätt – men vad skall man lära ut?

State of the art lecture by Dirk Gouma

Biliary strictures are best treated with endoscopy or surgery?

www.sade2010.dk

Effektiv koloskopi med 3D-navigering!

Olympus ScopeGuide™ 3D navigeringssystem i sanntid gjør diagnostikk og behandling mer effektivt. I tillegg gir det langt mindre ubehag for pasienten.

Opplev fordelene av ScopeGuide™ i kombinasjon med det nye HDTV 1080i koloskopet. Kontakt oss for demonstrasjon på 23 0050 50 i dag eller besøk www.olympus.no.



Opplev NYE CF-H180DI kolonoskop:

- Full HD 1080i – knivskarpe bilder
- Narrow Band Imaging (NBI) – Fremhever kapillærer og strukturer i slimhinnen
- 170° synsvinkel og nærfokus på 2mm + 1,5x zoom gir forbedret diagnostikk

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

THURSDAY, APRIL 8

Morning

Session 1 Environment

Chairman: *J.F. Colombel (France)*

Epidemiology of IBD
E.V. Loftus (USA)

Epidemiology of Asthma & COPD
S. Bonai (Italy)

Environmental changes and disease epidemiology
B. Stockinger (UK)

Early careers presentations

Discussion

Coffee Break

Session 2 Genetics

Chairman: *S. Vermeire (Belgium)*

Current IBD genetic and clinical implications
M. Parkes (UK)

Age - dependent and tissue specific gene expression in autoimmunity
G. Fathman (USA)

Genome-wide associations: significance and expectations
TBD

Early careers presentations

Discussion

Lunch

Afternoon

Session 3 The Gut flora: homeostasis or inflammation

Chairman: *R.B. Sartor (USA)*

Diversity and complexity of the human flora
J. Dore (France)

Flora interaction and metabolism
TBD

Flora pathogenicity and Paneth cells
P. Sansonetti (France)

Early careers presentations

Discussion

Coffee Break

Session 4 Cell response

Chairman: *F. Pallone (Italy)*

Endoplasmic reticulum stress
R. Blumberg (USA)

Autophagy
R.J. Xavier (USA)

Inflammasome
D.M. Menco (USA)

Early careers presentations

Discussion

FRIDAY, APRIL 9

Morning

Session 5 Innate immunity

Chairman: *C. Fiocchi (USA)*

Innate immunity

R. Medzhitov (USA)

Dendritic cells

H.C. Reinecker (USA)

Damage/DNA-associated molecular patterns (DAMP)

M.T. Lotze (USA)

Epigenetic regulation of the inflammatory response

TBD

Early careers presentations

Discussion

Coffee Break

Session 6 T cell immunity

Chairman: *G. Monteleone (Italy)*

T cell differentiation

D.R. Littman (USA)

T cell Regs

F. Powrie (UK)

T cell effector

M. Neurath (Germany)

Early careers presentations

Discussion

Lunch

Afternoon Free

Evening

Capri Lecture

From observation to discovery in art and science

C. Grace (USA)

Abstract Prizes

Gala Dinner

SATURDAY, APRIL 10

Morning

Session 7 Clinical aspects of IBD

Chairman: *D.W. Hommes (The Netherlands)*

Understanding clinical trials

M. Lemann (France)

Risk/benefit of immunosuppressants and biological drugs

C. Siegel (USA)

EBV and lymphomas

L. Beaugerie (France)

Why failure of medical treatment (Basic aspects)?

C. Elson (USA)

Why failure of medical treatment (Clinical aspects)?

W.J. Sandborn (USA)

Early careers presentations

Discussion

Coffee Break

Session 8 Integrating scientific knowledge

Chairman: *M.A. Gassul (Spain)*

Tandem presentation

D.K. Podolsky (USA)

D.W. Hommes (The Netherlands)

Conclusive remarks

R. Capri (Italy)

Lunch

End of Meeting



**5TH INTERNATIONAL MEETING
ON INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**



CAPRI, April 8 - 10, 2010

PRELIMINARY PROGRAM

Creon® 10000
pankreatin

Creon® 25000
pankreatin

Juni 2008 - www.konstis.no

Hva du spiser er ditt valg
– vi har fordøyelsesenzymene!

ENDRING!

Høsten 2007 lanserte vi Creon® 10 000 og Creon® 25 000 som erstatter henholdsvis Creon® og Creon® Forte.

INDIKASJONER

Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk fibrose.


Your Proven Partner

Kontaktinformasjon:
Solvay Pharma AS
Hamang Terrasse 55. PB 248, 1301 Sandvika
Telefon: 67 52 12 20. www.solvay.no



Refusjonsberettiget bruk: Sekretorisk pankreasinsuffisiens med malabsorpsjon, cystisk fibrose.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr		
D99	Postoperativ malabsorpsjon IKA	71	E84	Cystisk fibrose	74
D99	Intestinal malabsorpsjon	71	K90	Intestinal malabsorpsjon	71
T99	Cystisk fibrose	74	K91.2	Postoperativ malabsorpsjon, ikke klassifisert annet sted	71

Vilkår: 71 Uttalelse fra spesialavdeling, spesialpoliklinikk bør foreligge.

74 Godtgjøres etter ordinasjon fra spesialavdelning.



Ser du hvem som prøver å holde seg?

Det er en godt skjult hemmelighet, men nesten 10 000 nordmenn lider av ulcerøs kolitt!

Colazid er en effektiv og sikker behandling til pasienter med mild til moderat ulcerøs kolitt. Colazid fungerer både under aktiv sykdom og som forebyggende behandling mot tilbakefall av symptomer.^{1,2}



-virker der det skal

C Colazid «Shire» Antiinflammatorisk middel. ATC-nr.: A07E C04

T **KAPSLER:** Hver kapsel inneh.: Balsalaziddinatrium 750 mg tilsv. mesalazin 262,5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Mild til moderat ulcerøs kolitt.

Dosering: Kapslene skal svelges hele sammen med eller etter mat. Voksne: 3 kapsler 3 ganger daglig inntil remisjon eller i maks. 12 uker. **Vedlikeholdsbehandling:** 2 kapsler 2 ganger daglig. Dosen kan justeres avhengig av individuell klinisk respons. Tilleggs effekt er sett ved doser opptil 6 gram daglig. Rektale eller orale steroider kan om nødvendig gis samtidig. **Eldre:** Dosejustering er ikke nødvendig. **Barn:** Anbefales ikke til barn.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor noen av innholdsstoffene eller metabolitter av disse, inkl. mesalazin. Kjent overfølsomhet for salisylater. Alvorlig leversykdom, moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Graviditet og amming.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, blødningsforstyrrelser, aktiv ulcusykdom, mildt nedsatt nyrefunksjon eller påvist leversykdom. Blodcelletelling, BUN/kreatinin- og urinalyser må utføres regelmessig. Pasienter skal bes om å melde fra om uforklarlige blødninger, blåmerker, punktblødninger i huden, sår hals, feber eller uvelhet som oppstår under behandlingen. Blodcelletelling samt seponering av medisineringsen må skje umiddelbart ved mistanke om bloddyskрази. Biotilgjengeligheten av balsalazid og dets metabolitter kan øke hvis preparatet tas fastende. Tas derfor fortrinnsvis sammen med mat.

Interaksjoner: Det anbefales å kontrollere plasmaverdiene for digoksin hos digitaliserte pasienter ved oppstart med preparatet. Den blodsukkersenkende effekten av sulfonyleurea kan forsterkes. Interaksjon med kumariner, metotretsat, probenecid, sulfonpyrazon, spironolakton, furosemid og rifampicin kan ikke utelukkes. En økning av uønskede glukokortikoide effekter på magen er mulig.

Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta:** Sikkerheten under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. **Overgang i morsmelk:** Den aktive metabolitten går over. Det er sett bivirkninger hos barn som ammes.

Bivirkninger: Bivirkningene antas å være de samme som for mesalazin. **Hypipge (>1/100):** Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Bloddyskrazier, leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni, agranulocytose, aplastisk anemi. Gastrointestinale: Pankreatitt, forverring av kolitt. Hud: Alopeci. Lever: Forhøyet leverenzymverdier, hepatitt, kolelitiiasis. Luftveier: Bronkospasme, allergisk alveolitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Interstitiell nefritt. Øvrige: Allergiske reaksjoner, utslett, lupus erythematosus-lignende syndrom.

Overdosering/Forgiftning: Begrenset erfaring med overdosering. **Symptomer:** Kvalme, brekninger, diaré, samt forsterkning av beskrevne bivirkninger. **Behandling:** Ventrikkeltømming, ev. gis kull, samt symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Balsalazid består av mesalazin bundet til bærrmolekylet 4-aminobenzoyl-b-alanin (4-ABA) via en azobinding. Mesalazin er et antiinflammatorisk middel med lokal virkning på tarmmucosa. **Virkningsmekanisme:** Bakteriell azoreduksjon frigjør mesalazin som aktiv metabolitt i tarmen. Balsalazid og bærrmolekylet har ingen farmakodynamiske effekter. **Absorpsjon:** Systemisk opptak av balsalazid er lavt (<1%). Opptil 20% av det frigjorte mesalazin og 6% av 4-ABA absorberes. Systemisk opptak av balsalazid og dets metabolitter øker noe ved faste.

Proteinbinding: For mesalazin ca. 40%, for acetylyert metabolitt ca. 80%. Farmakokinetikken for balsalazid påvirkes ikke av genetisk polymorfisme eller alder. **Halveringstid:** For mesalazin i plasma ca. 1 time, for acetylyert metabolitt 6-9 timer. **Metabolisme:** Mesalazin og 4-ABA N-acetyleres nesten fullstendig i lever. **Utskillelse:** Mesteparten av dosen elimineres via avføring, N-acetylyerte metabolitter via urinen.

Pakninger og priser: 130 stk. kr 484,60, 260 stk. kr 934,90, 780 stk. kr 2735,90.

T: 4b).

Sist endret: 10.06.2005

1. Ronald Pruitt, M.D. et al; The American Journal of Gastroenterology, 2002; 12:3078-84.
2. Jonathan Green et al; Aliment Pharmacol Ther 1998; 12:1207-1216.